Göttinger Schriften zum Medizinrecht
Band 22



Gunnar Duttge, Christoph Viebahn (Hg.)

Würde und Selbstbestimmung über den Tod hinaus

Universitätsverlag Göttingen

Gunnar Duttge, Christoph Viebahn (Hg.)
Würde und Selbstbestimmung über den Tod hinaus



erschienen als Band 22 der Reihe „Göttinger Schriften zum Medizinrecht“
im Universitätsverlag Göttingen 2017

Gunnar Duttge,
Christoph Viebahn (Hg.)

Würde und Selbstbestimmung über den Tod hinaus

Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 22



Universitätsverlag Göttingen
2017

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Herausgeber der Reihe
Zentrum für Medizinrecht
Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Volker Lipp
www.zfm.uni-goettingen.de

Satz und Layout: Alice von Berg
Umschlaggestaltung: Kilian Klapp, Margo Bargheer

https://univerlag.uni-goettingen.de
ISBN: 978-3-86395-323-2
DOI: https://doi.org/10.17875/gup2017-1046
eISSN: 2512-689X

Inhaltsverzeichnis

C. Aktuelle Fragen der Leichenöffnung und Leichenkonservierung

D. Grund und Grenzen des Selbstbestimmungsrechts bei der Körperspende

Vorwort

Während früheren Generationen der Umgang mit den sterblichen Überresten als essentieller Bestandteil ihrer jeweiligen Kultur gesamtgesellschaftlich weithin vorgegeben war, ist der Bedeutungsgehalt des Gebots zur Achtung von „Würde“ und „Pietät“ heute mehr denn je unklar geworden. Der moderne Pluralismus von Weltanschauungen, Werthaltungen und Sinngebungen lässt Verhaltensvorgaben etwa bei der Bestattung, der Obduktion oder der Verwendung von Körperteilen zu Transplantations-, wissenschaftlichen oder Lehrzwecken als fragwürdig erscheinen, wenn dies nicht durch das „Selbstbestimmungsrecht“ des Einzelnen legitimiert worden ist, während das Erfordernis des „informed consent“ gleichsam als Passepartout für jeden beliebigen Umgang mit Leichnamen gilt, mag er wie bei einer kommerziell geprägten öffentlichen Zurschaustellung auch gesamtgesellschaftlich noch so kontrovers sein. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass die deutsche Anatomische Wissenschaft in der jüngeren Vergangenheit gleichwohl – und verstärkt – über die notwendigen Bedingungen der Verwendung von Körperspenden, etwa mit Blick auf deren Herkunft, und des konkreten Umgangs mit diesen dezidiert unter wertbezogenen Aspekten nachdenkt. Wichtige Klärungsversuche bilden die im Jahr 2003 veröffentlichten „Stuttgarter Empfehlungen“ der Bundesärztekammer und – knapp zehn Jahre später – die „Recommendations of Good Practice“ der International Federation of Associations of Anatomists (IFAA) sowie jene Regelungen, die durch den Deutschen Museumsbund im internationalen Kontext (z.B. für die Rückführung von menschlichen Überresten indigener Völker) verfasst wurden.

Mit dem 2. Göttinger Symposium zum Medizinrecht hatte das Göttinger Zentrum für Medizinrecht im Juni 2016 dazu eingeladen, das weite Themenfeld des „richtigen“ Umgangs mit dem Leichnam interdisziplinär zu diskutieren – unter Einbeziehung von Theologie und Medizinphilosophie, von Medizinrecht, Anatomie und Rechtsmedizin. Die daraus hervorgegangenen Beiträge verdienen es, einem weiteren Kreis von Interessierten zugänglich gemacht zu werden – sei es zum näheren Kennenlernen der häufig nicht oder nur ungern öffentlich diskutierten

Fragen, sei es zum Zwecke der Inspiration über dasjenige, was eine Gesellschaft im 21. Jahrhundert unter „Würde" und „Pietät" in Bezug auf den menschlichen Leichnam verstehen sollte oder verstehen könnte. Die Herausgeber sind insbesondere den Autorinnen und Autoren zu großem Dank für gewichtige Beiträge verpflichtet, zudem den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Göttinger Zentrums für wertvolle Unterstützung bei der Ausrichtung des Symposiums, zuvörderst unserer Zentrumssekretärin Frau Liliane Köckritz, weiterhin Frau Alice von Berg für das Besorgen des Layouts für den Band, Frau wiss. Mitarb. Kristine Plank für die Unterstützung der redaktionellen Arbeiten und dem Universitätsverlag Göttingen für die gewohnt zuverlässige Wegbereitung.

Die Herausgeber

Prof. Dr. jur. Gunnar Duttge *Prof. Dr. med. Christoph Viebahn*

Göttingen, im Mai 2017

Nachruf zu Ehren von Erwin Deutsch

Prof. Dr. jur. Andreas Spickhoff

Auf dem Totenzettel, der im Rahmen des Requiems für Erwin Deutsch an die Teilnehmer verteilt wurde – ein Brauch, der ihm als Katholik sehr vertraut war – findet sich vorneweg (auch das klassisch) ein Sinnspruch. Diesen Spruch hatte er – wie er mir selbst noch zu Lebzeiten verriet – nach längerer Überlegung gewissermaßen für sich selbst ausgesucht. Er stammt von dem eher als Maler und Bildhauer bekannten Michelangelo und lautet:

> *Ich bin nicht tot, ich tausche nur die Räume,*
> *ich lebe in euch und gehe durch eure Träume.*

Das wird er nun nicht ohne Weiteres pauschal auf die Teilnehmer dieser Tagung bezogen haben. Dennoch führt dieser Leitspruch zu der Frage: Wie hätte Erwin Deutsch die heutige Tagung kommentiert? Gewiss nicht ohne mehr oder weniger leise Ironie, schaut man auf die (lange zuvor festgelegten) Themen wie der „Menschliche Leichnam im Wandel der Zeit", die Alternative von Asservieren und Beerdigen nach Fehl- oder Totgeburt, die Leichenöffnung und die Leichenkonservierung bzw. die Körperspende. Gerade in seinen letzten beiden Jahrzehnten war Erwin Deutsch eher diesseitigen Themen, auch im Medizinrecht, zugewandt.

In Erinnerung kam auch, dass er sich lobende oder gar lobhudelnde und daher überhaupt Grabreden vorab verbeten hat. Lassen wir deshalb zunächst ganz einfach den Werdegang von Erwin Deutsch in ein paar kurzen Strichen Revue passieren und überantworten anderen die Bewertung.

Er wurde in Greifswald geboren und wuchs in Breslau sowie später – kriegsbedingt – in Papenburg an der Ems auf. Studiert hatte er in Heidelberg und – als

Postgraduierter – an der Columbia University in New York City. Die Promotion erfolgte 1953 in Heidelberg mit der Dissertation über das Thema „Sortenname und Warenzeichen". Nach Heidelberg war Erwin Deutsch gelangt, weil sein Vater Direktor der dortigen Universitätsbibliothek geworden war; für Juristen so wichtige Fachbibliotheken lagen ihm stets am Herzen. Der Habilitation waren Assistentenjahre in München bei Eugen Ulmer und Anregungen namentlich von Karl Larenz sowie Murad Ferid vorausgegangen. Die Habilitationsschrift (publiziert 1963) lautete „Fahrlässigkeit und die erforderliche Sorgfalt". Hermann Weitnauer war von dem Werk so angetan, dass er es im Versicherungsrecht (der Standardzeitschrift auch für Fragen des Haftungsrechts) nicht in Form der üblichen Rezension, sondern als ausgedehnten Besprechungsaufsatz rezensierte. Darin hieß es, „wenn es je einer Rechtfertigung für die Karlsruher Foren bedurft hätte, so wäre sie hier zu finden. […] Themen, die im Mittelpunkt der Karlsruher Veranstaltungen gestanden haben, […] – all das findet sich hier nun in sorgfältiger Analyse und systematischem Aufbau wieder. […] So ist es wohl nur folgerichtig und gewissermaßen auch die Erfüllung einer Dankesschuld nach zwei Seiten, wenn im folgenden versucht wird, das Buch von Deutsch in einer Weise zu würdigen, die über den Rahmen einer gewöhnlichen Buchbesprechung hinausgeht". Und später kann man lesen: „Die grundsätzliche Bedeutung dieser Ergebnisse [kursiv im Original] kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Denn das Zivilrecht hat [gemeint war: im Verhältnis zum Strafrecht] damit wieder seine Eigenständigkeit zurückgewonnen".

Der Habilitation im Jahre 1960 folgte 1961 ein Ruf auf ein Ordinariat an die Christian-Albrechts-Universität Kiel. 1963 nahm Erwin Deutsch dann den nächsten Ruf an die Georgia Augusta an. Ihr blieb er trotz weiterer Rufe an die Ruhr-Universität Bochum und an die Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg treu. Zusammen mit seinem Freund Hans-Ludwig Schreiber gründete er in Göttingen 1979 eine institutsähnliche Forschungsstelle für Arzt- und Arzneimittelrecht. Finanziert wurde diese Forschungsstelle – damals weit weniger gefordert als heute – zunächst aus Drittmitteln der VW-Stiftung; später kamen weitere Mittel aus einem von der European Science Foundation geförderten Projekt über Medical Responsibility in Western Europe hinzu. Die Ergebnisse sind in einem voluminösen Band 1985 veröffentlicht worden. Diese Forschungsstelle hat nicht nur die Basis für das intensive Arbeiten von Erwin Deutsch auf dem Gebiet des Medizinrechts gebildet, sondern dort wurden auch zahlreiche Dissertationen und weitere Veröffentlichungen aus dem Kreis des Mitarbeiterstabes und der Doktoranden angefertigt.

Neben dem Interesse am Medizinrecht und dem allgemeinen Haftungsrecht standen bei Erwin Deutsch von Beginn an immaterialgüterrechtliche und internationalprivatrechtliche Fragestellungen im Blickfeld, was vor dem Hintergrund seines akademischen Werdegangs kaum verwundert. Doch das Thema seiner Habilitationsschrift, die Fahrlässigkeit, hat Erwin Deutsch bis zuletzt nicht mehr losgelassen. Genau genommen reichen die Wurzeln seiner Beschäftigung mit der Fahrlässigkeit sogar auf seine Zeiten als Student zurück. Wie er berichtete, hatte er seinerzeit als Student an der Universität Heidelberg ein Seminar bei Ernst Rabel be-

legt (der übrigens just vor 100 Jahren das Münchener Institut für Rechtsvergleichung als das erste seiner Art gegründet hat), in dessen Rahmen er ein Referat über die Fahrlässigkeit im amerikanischen Recht hielt.

Die Wertschätzung von Erwin Deutsch als international und interdisziplinär hoch angesehener Rechtswissenschaftler kam in der Verleihung von fünf juristischen und medizinischen Ehrendoktoraten zum Ausdruck. Verliehen wurden ihm der Dr. med. h.c. in Köln und Hannover, der Dr. jur. h.c. in Pusan, Izmir und Halle, einer Fakultät, der er in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der Evaluierungskommission maßgeblich den Weg für die Möglichkeit einer unbelasteten Wiedereröffnung nach der „Wende“ mit geebnet hat. Ihr blieb er – solange er konnte – durch regelmäßige Veranstaltungen verbunden. Voluminöse Festschriften im Heymanns- und Springer-Verlag erhielt er zu seinem 70. und zum 80. Geburtstag.

Bis zum Schluss nahm Erwin Deutsch rege, aktiv und schlagfertig an der juristischen Diskussion „seiner“ Rechtsgebiete teil, die er seit Jahrzehnten begleitet und beeinflusst hatte. Sein Aktionsradius, der sich zeitweilig praktisch auf alle Kontinente erstreckte (von Südafrika über Neuseeland, Asien – dort insbesondere China, Japan und Südkorea – und natürlich in die Vereinigten Staaten), wurde seit 2000 gesundheitlich bedingt allerdings zunehmend reduziert. Doch ging er in bewunderungswürdig offensiver Weise mit solchen Einschränkungen um. Jedem, der dabei war, ist die erste Medizinrechtslehrertagung in Halle 2008 in Erinnerung, die durch Vorträge der drei Grandseigneurs des Medizinrechts (Erwin Deutsch, Adolf Laufs und Hans-Ludwig Schreiber) eröffnet wurde. Erwin Deutsch erschien mit nur noch notdürftig fixiertem gebrochenem Bein, ärztlichen Bedenken zum Trotz.

Mit ihm ist nach Dieter Giesen und Adolf Laufs nun der letzte der vor allem vom Privatrecht geprägten Ordinarien von uns gegangen, die das Medizinrecht als eigenständige Rechtsdisziplin ganz maßgeblich mitbegründet haben. Zahlreiche Aufsätze, zunächst zur Arzthaftung, später zu fast allen großen Gegenwartsfragen des Verhältnisses von Recht und Medizin, hat Erwin Deutsch seit den 1960iger Jahren verfasst. Dadurch, durch Kommentierungen und nicht zuletzt durch sein großes Lehrbuch zum Medizinrecht, an dessen Neuauflage er schon wieder zu arbeiten begonnen hatte, hat er dieses Rechtsgebiet geprägt und mit ungezählten weiterführenden Anregungen versehen. Durch Vorträge und vielfältige Kontakte zu Medizinern – er gründete etwa den „Arbeitskreis Ärzte und Juristen“ im AWMF mit – gelang es ihm, auch im Kreise der den Juristen eher skeptisch gegenüberstehenden Mediziner erfolgreich um Verständnis und Akzeptanz für medizinrechtliche Grundanforderungen wie den Schutz der Selbstbestimmung von Patienten zu werben. Nicht unbeträchtlichen Einfluss auch auf die Rechtsprechung des (VI.) Haftungssenats des BGH unter dem Vorsitz von Erich Steffen erlangte sein „(Allgemeines) Haftungsrecht“. Ihm folgte eine umfassende Kurzfassung des Deliktsrechts und wurde abgerundet durch ein Lehrbuch zum Versicherungsvertragsrecht. Hinzu traten Kommentare zum AMG, zum MPG, zum TFG und ein Handbuch zum Transfusionsrecht.

Was war für das Werk von Erwin Deutsch (auch) im Medizinrecht besonders kennzeichnend? Gewiss zum einen sein in den USA anlässlich eines Forschungsaufenthaltes in den 1950iger Jahren gestärktes Interesse an Entwicklungen und Entscheidungen im Ausland, die er vergleichend als Vorbild oder zur Abschreckung heranzog. Der Blick über die Grenzen der nationalen Rechtswissenschaft, Grenzen, die Medizinern ohnedies von der Sache her fremd sind, schlug sich in diversen von ihm angeregten und ausgerichteten Tagungen und Forschungsarbeiten mit internationaler und interdisziplinärer Ausrichtung nieder, insbesondere zu Fragen der medizinischen Forschung, namentlich zur GCP-Richtlinie, zu deren nationalen Umsetzungen und zu ihrer möglichen Ausstrahlungswirkung in andere Länder aus (veröffentlicht 2000, 2005 und 2011). Die aktuell gesetzgeberisch zu flankierende EU-Verordnung 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln, die das von der EU selbst schon konstatierte Übermaß an vorhandener Bürokratie bremsen und die Abwanderung medizinischer Forschung ins nichteuropäische Ausland eindämmen will, sah Erwin Deutsch skeptisch. Er erkannte klar, dass genau der gegenteilige Effekt, also das Anwachsen von Bürokratie, zu erwarten steht und beklagte die Abschaffung der „ortsnahen" Ethikkommission unter dem Aspekt forschungs- und forscherbezogener Verkehrssicherungspflichten, die solche Ethikkommissionen in der Vergangenheit nicht selten wahrgenommen haben.

Kennzeichnend für sein Wirken war sodann sein (über eine Tätigkeit als langjähriger Richter am OLG Celle im zweiten Hauptamt verfeinertes) Gespür für die gelebte Rechtswirklichkeit, nicht zuletzt im Bereich der Medizin, von der er – so hatte man manchmal den Eindruck – mehr verstand als approbierte Mediziner (vor allem, wenn diese einen Sachverhalt zu beschönigen versuchten), ebenso sein klarer Blick für die Interessen aller (auch mittelbar) Beteiligten, die es angemessen auszugleichen gilt, will man als Rechtswissenschaftler auch praktisch bestehen.

Zu Erwin Deutsch gehörte auch, dass er sich die Freiheit zur manchmal zugespitzten und unorthodoxen, aber stets zum Nachdenken anregenden eigenen Stellungnahme nahm. Wer mit ihm diskutierte, war regelmäßig am Puls des Medizinrechts und konnte über Langeweile nicht klagen. Schon vor seinem Eintritt in den Status eines Emeritus, seit Mitte der 1990iger Jahre, wurde ein Ehemaligentreffen im Zweijahresturnus etabliert. Erwin Deutsch genoss diese Treffen, aus denen zusammen mit den Schülern von Hans-Ludwig Schreiber eine Art medizinrechtliches Netzwerk geworden ist. Beim letzten durften die Teilnehmer seinen 85. Geburtstag feiern, bei dem, das nun – im Frühling 2016 – anstand, führte er sie – um ein Bild von Theodor Fontane aus dem Gedicht des Herrn von Ribbeck zu verwenden – zu seinem stillen Haus. Auch wenn seine Stimme nun verstummt ist, kann, wer will, über die Lektüre seiner Schriften auch in Zukunft noch von den Früchten seines Wirkens profitieren.

Der Verstorbene im Selbstverständnis der modernen Gesellschaft: Thematische Facetten zur Einführung

Prof. Dr. jur. Gunnar Duttge

1. Von den letzten Dingen …

Über Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit des leiblichen Todes denkt der Mensch schon seit jenem Augenblick nach, in dem er sich seiner eigenen Sterblichkeit bewusst geworden ist. Hierin liegt sowohl der Dreh- und Angelpunkt allen Philosophierens wie auch der Beginn des religiösen Glaubens, der im Kern stets Trost und Hoffnung auf „Unsterblichkeit" im Bewusstsein einer den Menschen übersteigenden – göttlichen – Instanz zu spenden sucht. Der Tod als existentielle „Grenzsituation" schlechthin (Jaspers 1956, S. 220 ff.) hat insbesondere schon früh die Fundamentalfrage aufgeworfen, ob hierin überhaupt ein „Übel" zu sehen sei, und fortlaufend zu Deutungsvorschlagen Anlass gegeben, was wohl die „richtige", adäquate Haltung des Menschen zu den Grenzen seiner eigenen Existenz sein könnte (aus der Gegenwartsliteratur u.a. Nagel 2008; Tugendhat 2006; Williams 2001). Was dem Menschen und der menschlichen Gemeinschaft jedoch stets wichtig war und bis heute wichtig ist, kann man als eine „geordnete Regelung der Verhältnisse" nach dem eigenen Ableben bezeichnen, eingeschlossen die Frage nach einem „Nachleben" (sei es in den Kindern, in Büchern o.a.) und den Umgang mit seinen sterblichen Überresten – traditionell an einem Ort des „Andenkens" durch die Angehörigen gebunden, für die anderen im Sinne eines letzten Dienstes an der Menschheit zur Rettung eines hilfsbedürftigen Menschen oder für den allgemeinen Erkenntnisgewinn gestiftet.

Schon immer war es den menschlichen Gemeinschaften ein wichtiges Bedürfnis, ihren Verstorbenen in sichtbarer Form ein „ehrendes“ Fortleben innerhalb der zurückbleibenden Gemeinschaft der Lebenden zu verschaffen, gleichsam als „Brücke“ vom Diesseitigen zum Jenseitigen. Nur mehr die Symbole und Riten unterfallen dem geschichtlichen Wandel und unterscheiden sich auch zwischen den Völkern je nach vorherrschenden Todes- und Jenseitsvorstellungen, zeugen also von der kulturellen Bedingtheit des Andenkens. Auch wo die tradierte Rückführung zur Erde (1. Mose, 3,19: „Denn Staub bist du, zum Staub musst du zurück“) in Gestalt der christlichen Bestattung im „Gottesacker“ seine Attraktivität verliert, schwindet nicht das Bedürfnis, die Erinnerung an den Verstorbenen wachzuhalten und die Verbundenheit mit ihm zum Ausdruck zu bringen – sei es durch Verarbeitung der Asche zu einem Schmuckstück oder online in einem „virtuellen Friedhof“ (Köneke 2016). Zugleich wächst das Bedürfnis des Menschen nach einer individuellen, zur eigenen Person stimmigen Form des Abschiednehmens und Zielbestimmung der sterblichen Überreste, die sich aber nicht mehr wie zu Frühzeiten der Menschheitsgeschichte an sozialem Status und materiellem Reichtum ausrichtet (z.B. Cheops-Pyramiden), sondern einem jeden offensteht – für die einen in sog. Friedwäldern, auf hoher See oder durch Promession (Schockfrierung und Zerfall in geruchsfreies Pulver, sog. „Öko-Bestattung“) in konsequenter Befolgung einer naturphilosophisch-pantheistischen Vorstellungswelt (der Mensch als „Teil des natürlichen Kreislaufs“: Lassiwe 2016; Vilgis 2007; Vogelsberg 2016), für andere im Wege einer „Körperspende“ zugunsten eines anatomischen Instituts. Gemeinsam ist diesem neuen „Bestattungspluralismus“ jedoch der sich verstärkende Wunsch des modernen Menschen, über den Verbleib der eigenen sterblichen Überreste selbst zu bestimmen und die bestehende Reglementierung im Bereich des Bestattungsrechts nicht mehr unhinterfragt hinzunehmen (Groß 2011).

2. Der menschliche Leichnam und der Verfügende: jenseits von „Objekt“ und „Subjekt“?

Die körperbezogene „Selbstverfügung“ post mortem scheint sich dabei bruchlos in die übergreifende verfassungsrechtliche Grundwertung zugunsten der Freiheitsrechte des Einzelnen einzufügen (Art. 2 ff. GG). Allerdings bereitet die Vorstellung einer eigentumsähnlichen Herrschaftsbefugnis in Bezug auf den menschlichen Leichnam als bloße „Sache“ spätestens dann Unbehagen, wenn zweckentfremdende, das allgemeine „Pietäts“-Empfinden verletzende Umgangsweisen in Frage stehen. Die vorherrschende rechtliche Klassifizierung des Leichnams als „res extra commercium“ (Lenk 2011, S. 23) erscheint eher als Signum der bestehenden fundamentalen Uneindeutigkeit des ontischen Status, denn es wäre doch zu begründen, wie ein „ent-würdigender“ Umgang mit der Leiche überhaupt möglich sein kann, wenn es sich dabei eben nicht mehr um einen (toten) „Menschen“, sondern nur noch um eine „Sache“ handelt, die als solche gar keine „Würde“, sondern nur

mehr einen „Preis“ hat (statt vieler Birnbacher 1998, S. 927: „radikaler ontologischer Absturz“). Umgekehrt bleibt freilich ebenso ungeklärt, wie sich ein epistemischer Sonderstatus des Leichnams trotz allgemein angenommenen Endes der Rechtssubjektivität durch Todeseintritt begründen lassen soll, der die notwendige Grundlage dafür bieten könnte, moralische Pflichten der Gesellschaft und insbesondere der Angehörigen unmittelbar dem verstorbenen „Subjekt-Objekt“ (Schott, in diesem Band) gegenüber zu begründen (Wittwer, S. 113 ff.). Gewiss steht der Leichnam in einer körperlich-biographischen Kontinuität zu einer zuvor lebenden „Person“, auf die er sinnlich „verweist“ (Preuß 2015, S. 201 ff.: „Verweischarakter“); als bloßes „Erinnerungszeichen“ für die mittlerweile abwesende Person (Esser 2008, S. 127) fehlt es dem Leichnam aber an der nötigen Verbindung zu einer geistig-körperlichen Einheit (genannt: „Person“), der doch allein ein besonderer Status mit Anspruch auf Respekt und Achtung vor aller staatlichen Gewalt (vgl. Art. 1 Abs. 1 GG) zugestanden ist. Die sich in Bestattungsriten u.a. manifestierende Fürsorge gegenüber dem Leichnam mag sich zweifelsohne als „Ausdehnung praktischer Vernunft im Sinne der Achtung und Anerkennung der personalen Würde des Toten über seine physische Vernichtung hinaus“ (Rentsch 2011, S. 258) beschreiben lassen; welche Gründe hierfür normativ streiten könnten, beantwortet sich damit aber nicht.

Gänzlich rätselhaft ist vor diesem Hintergrund schließlich die rechtliche Konstruktion eines „postmortalen Persönlichkeitsrechts“, das der noch lebenden Person ein überzeitliches Verfügungsrecht über den eigenen Körper mit Schutzwirkung vor dem Zugriff Anderer verbürgt, ohne wegen der damit implizierten Analogie zum Verfügungsrecht über Eigentum (Testament) einer contradictio in adjecto anheimfallen zu wollen. So darf der Gegenstand einer solchen Verfügung zum Zeitpunkt ihrer Vornahme, im Lichte der Menschenwürdegarantie, gerade nicht als Eigentum zu begreifen sein, soll jedoch post mortem, bei zwischenzeitlichem Fortfall einer verfügungsberechtigten Person, dann gleichwohl eigentumsähnlich wirken. Oder stärker verfassungsrechtlich formuliert: Wie soll man sich eigentlich den Begründungszusammenhang konkret vorstellen, wenn das Bundesverfassungsgericht in seinem berühmten „Mephisto-Urteil“ postuliert, dass der allgemeine Achtungsanspruch gegenüber einer jeden Person kraft deren Rechtssubjektivität auch nach dem Tode fortwirke (so BVerfGE 30, 173 ff.), also zu einem Zeitpunkt Wirkung entfalten soll, zu dem es nur noch eine „Sache“ gibt, die per definitionem gar nicht „herabgewürdigt“ werden kann? Oder nochmals anders gewendet: Wie kann „die Persönlichkeit der ehemals lebenden Person“ durch Missachtung ihrer Verfügung (so Maurer/Kersting 2011, S. 10) nach deren Fortfall überhaupt noch verletzt („instrumentalisiert“) werden?

3. Von Autopsie, „Körperwelten“ und „Sternenkindern“

Die Ungereimtheiten in Bezug auf den moralischen Status eines Leichnams setzen sich unweigerlich in der Frage fort, inwieweit Drittinteressen am menschlichen Körper – sei es zu Zwecken der Organtransplantation, des medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns oder etwa der Strafverfolgung – normatives Gewicht zukommt. Bei isolierter Betrachtung kann daran kein ernstlicher Zweifel bestehen; insbesondere die geringen Sektionsraten in Deutschland lassen befürchten, dass die vorherrschende Praxis der „Unantastbarkeit“ im Rahmen der ärztlichen Leichenschau hochgradig negative gesamtgesellschaftliche Auswirkungen hat (Madea, in diesem Band). Freilich bereitet die Aussicht, dass es mit dem Todeseintritt für den Arzt gar keinen Patienten mehr gebe, so dass man mit der verbliebenen körperlichen „Schatzkammer“ (Thier, in diesem Band) nach Belieben „anstellen darf, … wozu diese oder jene Interessen drängen“ (Jonas 1987, S. 230 f.), doch erhebliches Unbehagen. Die Zuerkennung eines grundrechtlichen Selbstverfügungsrechts ließe sich daher als ein bewährtes rechtliches Instrument begreifen, um instrumentalisierende fremdnützige Zugriffe prima vista abwehren zu können (siehe mit dem Vorschlag nach Erweiterung des Organspendeausweises um Erklärungen zur Sektion: Preuß, in diesem Band).

Erkennt man eine solche Bestimmungsbefugnis mit Wirkung post mortem jedoch an, so erscheint der Spielraum für überindividuelle Interessen jedenfalls deutlich begrenzt. Auf dieser Prämisse ruht die Präferenz des geltenden Rechts zugunsten der sog. (erweiterten) „Zustimmungslösung“ bei der postmortalen Organspende und – in der großen Mehrzahl der Bundesländer – bei der anatomischen Körperspende, während die (willkürlich-heterogenen, Duttge 2007) rechtlichen Grundlagen zur klinischen Sektion teilweise bereits das Ausbleiben eines Widerspruchs der Angehörigen ausreichen („erweiterte Widerspruchslösung“) und sich vor diesem Hintergrund als „Diskriminierung der Toten“ (Rehbock 2010, S. 174) kritisieren lassen. Unklar ist aber nicht bloß, welcher normative Maßstab in konsistenter Weise eine angemessene relationale Gewichtung von Selbstverfügungsrecht und Drittinteressen sicherstellen könnte; der Verweis auf das Individualrecht der ehemaligen Person läuft selbstredend leer, wo ein respektvoller („pietätvoller“) Umgang jenseits oder gar in Widerspruch zu solchen Vorausverfügungen sichergestellt werden soll. Der an dieser Stelle tradierte Verweis auf die Menschenwürdegarantie birgt jedenfalls ein gravierendes Konkretisierungsdilemma in sich – wie die verschiedenen, überwiegend gescheiterten Versuche belegen, die umstrittene „Körperwelten“-Ausstellung mit einem gerichtlichen Verbot zu belegen. Und soweit zuletzt das OVG Berlin-Brandenburg den Verbotserlass gegen die Einrichtung einer Dauerausstellung bestätigt hat, geschah dies dezidiert wegen der fehlenden Einwilligungserklärungen, nicht aufgrund *prinzipieller* Bedenken gegen eine „öffentliche Ausstellung zur Veranschaulichung anatomischer und physiologischer Zusammenhänge durch einen privaten Dritten“ (mag dies auch mit Gewinnerzielungsabsicht geschehen: Urteil v. 10.12.2015 – OVG 12 B 2.15). An-

dere wie der Ägyptologe *Dietrich Wildung* sprechen hingegen von einer inakzeptablen „Mumien-Pornographie“, weil „Tod und Sterben eine zutiefst persönlich-private Angelegenheit“ seien, „die nicht vor die Augen einer breiten Öffentlichkeit gezogen werden sollten“ (Interview im Deutschlandfunk am 28.9.2007). Dies würde dann freilich für jedwede öffentliche Präsentation gleichermaßen gelten, so bspw. auch für die hochgelobte Hildesheimer Ausstellung zu „Mumien der Welt“ (http://www.rpmuseum.de/ausstellungen/archiv/mumien-der-welt.html).

„Pietät“ und „würdevoller“ Umgang mit den sterblichen Überresten eines Menschen betrifft jedoch augenfällig ein Anliegen, das nicht von der Disposition des Einzelnen abhängig ist, sondern Teil eines gesamtgesellschaftlichen Versprechens. Erst vor diesem Hintergrund erklärt sich etwa das Selbstverständnis der deutschen Anatomie, zum Wohle der ehemaligen Körperspender und deren Angehörigen die Konservierungsmethoden zu verbessern (Schmiedl, in diesem Band) und bestimmte Verhaltensregeln zu etablieren, durch welche eine spezifische Wertschätzung zum Ausdruck kommt (Winkelmann, in diesem Band). Schon seit längerem erfasst die Debatte auch menschliches Leben im Frühstadium humaner Existenz, das bislang als Fehlgeburt (unter 500g) offenbar gänzlich aus dem Kreis der „Menschheitsfamilie“ ausgeschlossen war. Inwieweit der fortbestehende Ausschluss aus dem Geburtenregister (vgl. § 31 Abs. 3 PStV) nicht doch als Vorenthalten der nötigen gesellschaftlichen Anerkennung (als „Mensch“) begriffen werden muss, dürfte sicher weiterhin kontrovers diskutiert werden (dazu einerseits Stechmann, andererseits Weilert, beide in diesem Band).

Damit ist zugleich die Brücke zum Recht geschlagen: Freilich besteht auch insoweit erhebliche Unklarheit, inwieweit die geschuldete „taktvolle Rücksicht“ gegenüber dem menschlichen Leichnam im Rahmen einer freiheitlich verfassten Gesellschaftsordnung überhaupt Gegenstand des – evtl. noch durch eine Strafdrohung verschärften – Rechtszwangs sein kann oder sich in seinem Geltungsanspruch auf ein nicht-rechtliches Gebot der allgemeinen Moral oder gar bloß sozialen Konvention beschränkt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die wenigen Strafvorschriften zum Schutze des „Andenkens“ Verstorbener – § 168 StGB (Störung der Totenruhe) und § 189 StGB (Verunglimpfung) – bislang eher als „antiquiert“ und mit einem konkret rechtsgutsorientierten Strafrechtsverständnis unvereinbar betrachtet wurden (z.B. Hörnle 2012), neuerdings aber ganz gegenteilig der unzureichende, bloß „bruchstückhafte“ Schutz durch das (Straf-)Recht moniert wird (Groß/Tag/Thier 2013, S. 715 ff.). Darin zeigt sich schlaglichtartig der fortlaufende gesellschaftliche Wandel der Werthaltung, an dem zwangsläufig auch das (Straf-)Recht teilhat. Aus der Vergangenheit lässt sich gewiss vieles lernen – aber die Verantwortung für das Hier und Heute erübrigt sich dadurch nicht!

Literaturverzeichnis

Birnbacher, Dieter: Philosophisch-ethische Überlegungen zum Status des menschlichen Leichnams, in: Steefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit dem Toten, Wien 1998, S. 927-932.

Duttge, Gunnar: Autopsie: Ist der Individualismus unausweichlich? (Straf-)Rechtsphilosophische Bemerkungen, in: Groß/Esser/Knoblauch/Tag (Hrsg.) Tod und tote Körper, Kassel 2007, S. 117-125.

Esser, Andrea: Respekt vor dem toten Körper, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 56 (2008), 119-134.

Groß, Dominik: Zum Wandel im Umgang mit der menschlichen Leiche: Hinweise und Erklärungsversuche, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ) 20-21/2011, S. 40-46.

Groß, Dominik/Tag, Brigitte/Thier, Markus: „Menschenwürde" und normative Grundfragen im Hinblick auf den Verstorbenen, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch, Berlin 2013, S. 697-730.

Hörnle, Tatjana: Kommentierung des § 168 StGB, in: Miebach (Hrsg.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Bd. 3, München, 2. Aufl. 2012.

Jaspers, Karl: Philosophie, Bd. II: Existenzerhellung, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1956.

Jonas, Hans: Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: ders., Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt am Main 1987, S. 219-241.

Köneke, Vanessa: Wenn der Tod zur Geschäftsidee wird, in: Leben & Tod 2/2016, S. 8-11.

Lassiwe, Benjamin: Beisetzung in der Weite des Meeres, in: Leben & Tod 3/2016, S. 14-15.

Lenk, Christian: Mein Körper – mein Eigentum?, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ) 20-21/2011, S. 22-27.

Maurer, Susan/Kersting, Daniel: Ist der Leichnam eine Sache. Ein Dialog zwischen Rechtswissenschaft und Philosophie, in: Jusletter v. 29. August 2011, S. 1-21.

Nagel, Thomas: Letzte Fragen, Hamburg, 2. Aufl. 2008 (hrsg. Von Michael Gebauer).

Preuß, Dirk: Pietät – eine Rekonstruktion in moralphilosophischer Perspektive, in: ders./Hönings/Spranger (Hrsg.), Facetten der Pietät, München 2015, S. 141-334.

Rehbock, Theda: Person über den Tod hinaus? Zum moralischen Status der Toten, in: Esser/Kersting/Schäfer (Hrsg.), Welchen Tod stirbt der Mensch?, Frankfurt am Main 2010, S. 143-178.

Rentsch, Thomas: Worin besteht die Irreduzibilität religiöser Wahrheitsansprüche? Religion und negative Metaphysik, in: ders., Transzendenz und Negativität, Berlin/New York 2011.

Tugendhat, Ernst: Über den Tod, Frankfurt am Main, 2006.

Vilgis, Thomas: Eiskalt ins Grab, in: Frankfurt Allgemeine Zeitung v. 8.7.2007, S. 60.

Vogelsberg, Karin: Grab im Grünen, in: Leben & Tod 3/2016, S. 24-26.

Williams, Bernard: Die Sache Makropulos – Reflexionen über die Langeweile der Unsterblichkeit, in: ders., Probleme des Selbst, Stuttgart 2001, S. 133-162.

Wittwer, Héctor: Der Leichnam aus Sicht der Philosophie, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 56 (2008), 97-117

A. „Pietät“ und „würdevoller“ Umgang mit dem Leichnam

Der menschliche Leichnam im Wandel der Zeit: Was bedeutet „Pietät“ und „würdevoller“ Umgang aus Sicht der Medizingeschichte

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott

Tod und Sterben sind die größte Herausforderung für die menschliche Kultur, rühren sie doch an die unlösbare Frage nach dem Sinn des Lebens angesichts des unausweichlichen Todes. Zu allen Zeiten und in allen Kulturkreisen wurde die menschliche Leiche nie als absolut tote Sache angesehen, sondern hatte immer einen Subjekt-Objekt-Charakter und schien eine gewisse inhärente Kraft und Restlebendigkeit zu besitzen. Und schließlich ist die Form des Umgangs mit der Leiche, das, was wir als „Würde“ oder „Pietät“ bezeichnen, kulturell geprägt und folgt sozialen Verhaltensnormen und ihrem historischen Wandel. Dies zeigt sich vor allem an den unterschiedlichen Todesbildern und Ideen vom „richtigen Sterben“.[1] Auf die einschlägigen Forschungsprojekte, die der Aachener Medizinhistoriker *Dominik Groß* maßgeblich mitinitiiert hat, sei hier besonders verwiesen, deren wissenschaftlichen Ergebnisse zu würdigen hier jedoch nicht der Ort ist.[2] Es soll im Folgenden weniger um ein Nacheinander verschiedener Entwicklungsstufen, als vielmehr um die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Blickrichtungen gehen, die uns auch heute noch betreffen, wenngleich uns ihr Einfluss größtenteils unbewusst ist. Ich möchte das in fünf kurzen Kapiteln präsentieren.

---

[1] Vgl. Schott 1986, S. 287-293.

[2] Aus dem von der VolkswagenStiftung geförderten Forschungsprojekt „Tod und toter Körper: Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ (2008-2011) sowie dem Folgeprojekt „Transmortalität“ (2012-2014) gingen eine Reihe von Publikationen hervor, die für die vorliegende Thematik von Bedeutung sind; vgl. u.a. Groß u. Grande (Hrsg.) 2010 sowie Groß, Glahn u. Tag (Hrsg.) 2010.

1. Der Leichnam als Heilquelle

Die Tatsache ist weithin aus unserem Bewusstsein verschwunden, dass die Leiche bzw. bestimmte Leichenteile von der Antike bis weit in die Neuzeit hinein als heilkräftig erschienen. Dies betrifft keineswegs nur den kruden Kannibalismus bei sog. „Naturvölkern" oder das christliche Ritual des Abendmahls sowie die christliche Tradition der Heiligenverehrung mit ihrem Reliquienkult, sondern auch die praktische Medizin: Leichenteile, insbesondere Organe von Hingerichteten, wurden regelrecht als Arzneimittel rezeptiert. So schreibt ein deutscher Autor noch 1767 im Anhang an die Übersetzung eines arabischen Medizintextes: „Vor [= für] die fallende Sucht werden Menschenknochen zu Pulver gestoßen, und davon eingenommen. Oder man schabe von einem Todtkopf oder Hirnschaale, reibe es zu Pulver, und gebe es dem Patienten in Wein- oder mehr Zwiebel-Essig ein. Dieses troknet die böse Feuchtigkeit aus, und heilet."[3] Der mittelalterliche Reliquienhandel im Christlichen Abendland wurde, was in der Medizinhistoriographie nur am Rande Beachtung fand, von einem ausgedehnten Handel mit Arzneimitteln komplettiert, die als wesentliches Ingredienz auch menschliche Leichenteile enthielten.

Dabei spielte die so genannte „Mumie" eine herausragende Rolle. Die „persische Mumie" war paraffinhaltiges Erdöl (Asphalt, Bitumen), das im Altertum ursprünglich im persischen Mesopotamien gewonnen wurde und als Heilmittel, u.a. gegen Besessenheit, diente. Es wurde am Toten Meer („Judenpech") gefördert und ab ca. 1500 v. Chr. nach Ägypten zum Einbalsamieren der Mumien verkauft. Seit etwa 1000 n. Chr. nannten die Araber dieses Erdölprodukt für Leichenfüllungen *„Mum"* (lat. *mumia*). Diese „ägyptische Mumie" sollte als „Totenpech" besondere Heilwirkung besitzen, wenn es mit Leichenteilen in Berührung gekommen und durchsetzt war. So wurden ägyptische Mumien (*mumia vera Aegyptica*) als begehrte Heilmittel von den Arabern exportiert. Sie spielten neben anderen menschlichen Substanzen noch in der „Dreckapotheke" im 18. Jahrhundert hierzulande eine gewisse Rolle.[4]

2. Der Leichnam als gesundheitliche Gefahr

Das Bestattungswesen hatte wohl zu allen Zeiten auch eine hygienische Bedeutung als Abwehr von gesundheitlichen Gefahren, die von verwesenden Körpern ausgehen können. Vor allem zu Seuchenzeiten, insbesondere bei den großen Pestzügen im ausgehenden Mittelalter und in der frühen Neuzeit, wurde die hygienische Problematik der Leichenbestattung besonders deutlich. Gerade bei einem entwickelten Gesundheitssystem, wie dasjenige von Venedig im 16. Jhdt., wurden die Leichen der Pesttoten unter starken Sicherheitsvorkehrungen zusammengetragen

---

[3] Abuhali Ben-Omer 1767, S. 132 f.

[4] Vgl. Schott 1986, S. 320-323.

und verbrannt.[5] Damit sollte das Seuchengift in den Toten („Contagion“) vernichtet werden. (Die Judenpogrome, insbesondere das Niederbrennen jüdischer Viertel, stellten in Pestzeiten ein sozialhistorisch schreckliches Analogon dar.)

Gegen Ende des 19. Jhdts. wurden als Bereich der „Staatsmedizin“ das „Leichen- und Leichenbestattungswesen“ umfassend etabliert, wobei in Deutschland die Regelung der Leichenschau den Ländern überlassen war. Vor allem ging es um die Ausschaltung von Gesundheitsgefährdungen durch Begräbnisplätze. So heißt es in einem Handbuch von 1928: „Bei einigermaßen rationeller Einrichtung und Bewirtschaftung der Friedhöfe sind nach wissenschaftlichen Beobachtungen und amtlichen Erhebungen ... gesundheitliche Nachteile von Begräbnisplätzen weder zu erwarten noch wahrnehmbar geworden. Im besonderen ist festgestellt, dass Infektionskeime binnen kurzem in der beerdigten Leiche zugrunde gehen (Pest- und Cholerabazillen spätestens nach 1 Monat, Typhusbazillen nach 3 Monaten, Diphtheriebazillen nach 3 Wochen).“[6]

Im Zeitalter der Bakteriologie rückte selbstverständlich der hygienische Gesichtspunkt – die Leiche als Gefahr – ganz in den Vordergrund, während die Vorstellung, dass Leichenteile auch als Heilmittel brauchbar seien, nunmehr als völlig obsolete, okkulte Tradition erschien.

3. Der Leichnam als Forschungsgegenstand und Informationsquelle

Die für die Medizingeschichte sicherlich bedeutendste Perspektive stellt die „Leichenschau“ im weitesten Sinn dar: (1) Als äußerliche Inspektion des Toten durch den Arzt oder eine anderweitige staatlich bestellte Person, z.B. die „Leichenfrau“ zu Beginn dieses Jahrhunderts in Bayern und als (2) „innere Leichenschau“ (Obduktion) im Bereich der Pathologie und der Rechtsmedizin.[7] Die Obduktion dient der diagnostischen Klärung der Todesursache, handele es sich nun um eine bestimmte Krankheit, um eine körperliche Verletzung oder eine vorsätzliche gewaltsame Einwirkung (Mord, Suizid).

Die menschliche Leiche als Forschungsobjekt der wissenschaftlichen Medizin hatte im Laufe der Geschichte freilich einen sehr unterschiedlichen Stellenwert. Wenngleich in der antiken Medizin die Tieranatomie im Vordergrund stand, deren Ergebnisse man dann auf den menschlichen Organismus übertrug, wurden jedoch ebenfalls, wenn auch nur vereinzelt, menschliche Leichen seziert. Als berühmtestes Beispiel gilt hier die Schule von Alexandrien im 3. Jhdt. v. Chr.: *Herophilos von Chalkedon* (ca. 330-250 v. Chr.) und sein jüngerer Zeitgenosse *Erasistratos von Keos*

---

[5] Vgl. http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/pest-in-venedig-das-grosse-sterben-a-522006-4.html (22.06.2017).

[6] Solbrig 1928, S. 188.

[7] Ebd., S. 181.

(ca. 320-245 v. Chr.) haben systematisch menschliche Leichen seziert und bahnbrechende anatomische Entdeckungen gemacht.[8] Diese beiden ersten anatomischen Forscher im engeren Sinne begnügten sich jedoch nicht nur mit der Sektion von Leichen, sondern nahmen auch Vivisektionen an verurteilten Verbrechern vor. Für 15 lange Jahrhunderte unterblieben dann Sektionen menschlicher Leichen, um erst im ausgehenden Mittelalter wieder aufgenommen zu werden.[9] In der Renaissance entwickelte sich dann die Anatomie zur Leitdisziplin der Medizin, was sie in ihrer engen Verbindung mit der Physiologie einerseits und der Chirurgie andererseits bis ins 19. Jahrhundert blieb.

In der Anatomiegeschichte gibt es eine grundsätzliche ethische Problematik, die grob gesagt die Komplizenschaft zwischen Anatomen und Scharfrichtern betrifft. Traditionell kam es zu einer engen Verbindung von Strafvollzug (insbesondere der Hinrichtung) und medizinischer Forschung. Von jeher waren „Verbrecher“ bevorzugte Objekte der Vivisektion, die zugleich als Teil der Strafe aufgefasst wurde. Im Grunde handelt es sich hier um Experimente am „lebenden Leichnam“, wie sie auch in mörderischer Art und Weise an KZ-Opfern während des Dritten Reiches durchgeführt wurden, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann.[10]

Einen Sonderfall stellen bestimmte Experimente an Leichen dar. Auch hier waren die frischen Leichen Hingerichteter von besonderem Wert für die Forschung. So animierte beispielsweise der Galvanismus um 1800 zu entsprechenden Versuchen an den Körpern und Köpfen von Enthaupteten, sodass die Guillotine während der Französischen Revolution sozusagen zu einem willkommenen Bestandteil der Forschungsapparatur wurde.[11] Aber auch heute werden noch Experimente an Leichen durchgeführt, die ethisch umstritten sind, beispielsweise bei den Crash-Tests in der Automobilindustrie.

Exkurs: Das anatomische Spektakel – der Leichnam als Schaustück

Der Aufstieg der neuzeitlichen Anatomie zur Leitwissenschaft der Medizin ist verknüpft mit der Einrichtung von „anatomischen Theatern“, in denen wie in einem Amphitheater die anatomische Sektion aufgeführt wurde. So entstanden um 1600 anatomische Theater in Basel, Padua und Leiden. In Padua fanden z.B. zwei- bis dreihundert Zuschauer in mehreren Reihen von Sitzbänken und Stehplätzen Platz. Zunehmend wurden nun öffentliche Sektionen ein gesellschaftliches Ereignis. Dabei ging es nicht nur um Lehrsektionen für angehende Mediziner oder Chirurgen. Vielmehr wurde ein großes Publikum angelockt, das sich zur Zergliederung

[8] Vgl. von Staden 1996.

[9] Ebd., S. 67.

[10] Vgl. dazu Hildebrandt 2013: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22674739 (07.07.2017)

[11] Zur Debatte unter den Gelehrten, ob das Bewusstsein im abgeschlagenen Kopf fortbestehe oder nicht, vgl. Schott 1998, S. 86-89.

drängte. Immer mehr entwickelte sie sich, insbesondere in der Karnevalszeit, zu einem Volksfest, das eine neue Form von Nervenkitzel bot.

Die Techniken der Leichenkonservierung, der Präparation der Organe, insbesondere durch Injektion der Gefäße mit speziellen Injektionsmitteln sowie die Präsentation der anatomischen Präparate in sogenannten Naturalienkabinetten oder Wunderkammern erreichte im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts ein Stadium der Perfektion.[12] Dabei ging es auch um die möglichst lebensgetreue Konservierung ganzer Leichen und ihrer Nachbildung in Wachsmodellen (Moulagen). Eine wunderbare Sammlung aus dem 18. Jahrhundert besitzt das venezianische Museum *„La Specola"*. Auf diese Tradition der Schaustellung beruft sich auch der Begründer des Plastinationsverfahrens *Gunther von Hagens*, der mit seinem Ausstellungskonzept „Körperwelten" in den letzten 20 Jahren weltweites Aufsehen erregte.[13]

4. Der Scheintod: die vermeintliche Leiche lebt

Kaum ein Phänomen, das mit Sterben und Tod zusammenhängt, hat so starke Aufmerksamkeit auf sich gezogen wie der Scheintod. Ist der Leichnam, den man zu Grabe trägt, wirklich tot? Ist eine plötzliche „Auferstehung" des Toten tatsächlich ausgeschlossen? Gerade um Scheintote vor dem Lebendig-begraben-werden zu bewahren, wurde die Leichenschau durch Ärzte oder medizinisches Hilfspersonal eingeführt. Wahrscheinlich war hierfür das Ausschließen eines Scheintodes das grundlegendere Motiv als die mögliche Feststellung eines gewaltsamen Todes, etwa durch Vergiftung. Die Scheintodproblematik wurde im Kontext der Medizin der Aufklärung gegen Ende des 18. Jahrhunderts breit in der medizinischen Fachwelt diskutiert, nachdem sie zuvor ein uraltes Märchen- und Legendenmotiv (z.B. Schneewittchen) gewesen war.[14] Sammlungen von Fallberichten – einschließlich solcher aus der frühen Neuzeit mit zum Teil legendärem Inhalt – kursierten im 18. Jahrhundert und erhitzten die Gemüter. Die Angst des Publikums, bei lebendigem Leibe begraben zu werden, verband sich mit dem Anliegen der philanthropischen Ärzte, den betroffenen Menschen vor einer solchen Grausamkeit zu schützen.

Die Problematik des Scheintodes betraf auch bestimmte Unfallopfer, insbesondere (scheinbar) Ertrunkene. Es ist bemerkenswert, dass im ausgehenden 18. Jahrhundert erstmals Lebensrettungsgesellschaften gegründet wurden, wobei England eine Vorreiterrolle übernahm. Zahlreiche Geschichten von lebendig Begrabenen, durch das Seziermesser des Anatomen Wiederbelebte, von Schwängerungen scheintoter Frauen usw. kursierten in jener Zeit. Durch eindeutige Regle-

[12] Vgl. Wolf-Heidegger/Cetto 1967.
[13] Vgl. u.a. von Hagens/Whalley 2007.
[14] Vgl. Schott 1998.

mentierung[15] der Leichenschau und des Bestattungswesens wurde jedoch die Möglichkeit der Bestattung von Scheintoten im Laufe des 19. Jahrhunderts praktisch ausgeschlossen.

5. Der Hirntod: Zum aktuellen Phänomen der „lebenden Leiche"

In den 1960er Jahren wurden erstmals in der Menschheitsgeschichte die technischen Voraussetzungen geschaffen, um die Vitalfunktionen, insbesondere mit Hilfe der künstlichen Beatmung, lange Zeit aufrechtzuerhalten. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, Kriterien zu entwickeln, nach denen ein Behandlungsabbruch von intensivmedizinischen Maßnahmen gerechtfertigt erschien. Darüber hinaus stand die sich rasch entwickelnde Transplantationsmedizin vor der Problematik, „lebendfrische" Spenderorgane zu gewinnen. Auch hier ging es um solche Kriterien, die es erlaubten, aus einer noch teilweise „lebenden" Leiche Organe zu entnehmen. 1966 setzte die Französische Akademie der Medizin als eine der ersten medizinischen Fachgruppen zur klinischen Definition des Todeseintritts den irreversiblen Ausfall der Hirnaktivität an die Stelle des Herzkreislauf-Stillstandes. 1968 wurde an der Harvard Medical School dieses Konzept des „Hirntodes" so begründet, wie es auch heute grundsätzlich noch Gültigkeit hat: Neben der absoluten Bewusstlosigkeit und Unerregbarkeit, der Bewegungslosigkeit und des Atemstillstands, der absoluten Reflexlosigkeit (Hirnstammreflexe erloschen) gilt als weiteres Kriterium die Nulllinie im EEG, die auch nach 24 Stunden keine Veränderung aufweist.[16]

Die ethische und vor allem ästhetische Problematik entspringt nicht nur religiösen oder philosophischen Bedenken, die Zweifel an einer so eindeutig definierbaren Grenze zwischen Leben und Tod aufkommen lassen, sondern vor allem aus dem unmittelbaren Erleben der mit dem Hirntoten befassten Menschen: Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte, Transplantationschirurgen. Der rationalen Definition des Hirntodes steht das Erleben eines scheinbar lebendigen Körpers gegenüber, auch wenn dessen organische Funktionen ausschließlich von den künstlichen intensivmedizinischen Maßnahmen abhängen. In diesem rational kaum zu bewältigenden Unbehagen kommt wahrscheinlich eine kulturhistorisch durchgehende traditionelle Vorstellung zum Ausdruck: die Ambivalenz angesichts der menschlichen Leiche, dass diese zwar für tot gehalten wird und dennoch ein Stück weit lebendig erscheint.

In der gesamten Kulturgeschichte war zu keiner Zeit der Leichnam eine bloße Sache, die nach rationalen Gesichtspunkten zu entsorgen war. Sie ist dies heute

[15] Vgl. Schott 2007, S. 51.
[16] Schott 1993, S. 531.

ebenso wenig wie in der Steinzeit. Die moderne hochtechnisierte Medizin fordert nun vom Menschen, sozusagen die kulturhistorische Schwerkraft zu überwinden und sich angesichts eines Hirntoten auf einer Intensivstation so zu verhalten, als handele es sich nicht nur um eine wirkliche Leiche, sondern zugleich auch um eine solche, mit der wie mit einem nichtmenschlichen Objekt umgegangen werden könne. Kostet die traditionelle Sektion bereits eine Überwindung des eingewurzelten Gefühls, dass die Leiche doch noch irgendwie weiterlebe, so potenziert sich diese Problematik noch bei der Organentnahme an einem Hirntoten. Dabei baut sich eine, nach meinem Eindruck unlösbare Spannung zwischen rationaler Einsicht und emotionaler Ergriffenheit auf.

6. Schlussbemerkung

Was bedeuten nun „Pietät" und „würdevoller" Umgang im Hinblick auf den menschlichen Leichnam? Es gibt keine universalen Verhaltensweisen. Was man unter Würde und Pietät versteht, ist höchst verschieden. Aber es gibt dennoch eine kulturanthropologische Konstante: Die Bestattungs- und Trauerrituale sind im Kulturleben der menschlichen Gruppen von überragender Bedeutung, wie die Geschichte der Sepulkralkultur belegt, wobei hier insbesondere das Museum für Sepulkralkultur in Kassel zu erwähnen ist.[17] Aber sie sind formal sehr verschieden. Wenn zum Beispiel die Parsen, eine zoroastrische Religionsgemeinschaft, bis heute die Himmelsbestattung praktiziert und die Leichen ihrer Verstorbenen den Aasgeiern auf Bestattungstürmen zum Fraß anbieten, so entspricht dies keineswegs unseren Vorstellungen von Pietät und Würde. Oder wenn im heutigen Japan selbst die Entnahme der Hornhaut von klinisch Toten mit einem Tabu belegt ist und zu schwersten Störungen im Familienleben, etwa entsetzlichen Alpträumen, führen kann, so ist dies bei uns im Westen angesichts von flächendeckenden Herz- und Nierentransplantationen kaum verständlich. Wenn wir aber verstehen wollen, müssen wir uns als Wissenschaftler mit einer vergleichenden Kulturgeschichte und Kulturanthropologie auseinandersetzen.

---

[17] Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Museum_f%C3%BCr_Sepulkralkultur (16.07.2016).

Literatur

Abuhali Ben-Omer, Astrologia terrestris oder irdische Sterndeutungs-Lehre ... aus dem Arabischen ... in das Teutsche übers, und mit einer Zugabe von der Sympathie und Antipathie, auch Oniromantie vermehret, Freystadt 1767 [Tübingen].

Groß, Dominik; Grande, Jasmin (Hrsg.), Objekt Leiche: Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt [u.a.] 2010 (= Todesbilder; 1).

Groß, Dominik; Glahn, Julia; Tag, Brigitte (Hrsg.), Die Leiche als Memento mori: interdisziplinäre Perspektiven auf das Verhältnis von Tod und totem Körper, Frankfurt [u.a.] 2010 (= Todesbilder; 2).

von Hagens, Gunther; Whalley, Angelina, Gunther von Hagens‘ Body worlds: the anatomical exhibition of real human bodies, Heidelberg 2007.

Schott, Heinz, Eros und Thanatos. Spekulationen über Tod und Sterben in der Medizin, in: Geyer-Kordesch, Johanna; Kröner, Peter; Seithe, Horst (Hrsg.), Leiden, Sterben und Tod. Eine Ringvorlesung […] (Schriftenreihe der Westfälischen Wilhelms-Universität; NF Heft 7), Münster 1986, S. 70-91.

Schott, Heinz, Die Chronik der Medizin, Dortmund 1993.

Schott, Heinz, Der Sympathetische Arzt. Texte zur Medizin im 18. Jahrhundert. München 1998 (, S. 86-89/Abschnitt: „Scheintod und Lebensrettung: Die Angst, lebendig begraben zu werden“, S. 287-293/Abschnitt: „Dreckapotheke: Tierische und menschliche Substanzen als Heilmittel“, S. 320-323).

Schott, Heinz, Scheintod [Lexikonartikel], von Jagow, Bettina; Steger, Florian (Hrsg.), Literatur und Medizin. Ein Lexikon, Göttingen 2005, Sp. 678-683.

Schott, Heinz, Der Leichnam in medizinhistorischer Sicht, in: Groß, Dominik; Esser, Andrea; Knoblauch, Hubert; Tag, Brigitte (Hrsg.), Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion, Kassel 2007, S. 45-58.

Solbrig, Otto, Leichen- und Leichenbestattungswesen, in: Fielitz, Hans et al. (Hrsg.), Krankenhauswesen, Bäder und Kurorte, Irrenwesen, Leichenwesen, Berlin 1928 (= Handbücherei für Staatsmedizin; Bd. 10), S. 154-232.

von Staden, Heinrich, Alexandrien als das Zentrum der medizinischen Forschung. Herophilos und die frühe Menschenanatomie, in: Schott, Heinz (Hrsg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund 1996, S. 67-73.

Wolf-Heideger, Gerhard; Cetto, Anna Maria, Die anatomische Sektion in bildlicher Darstellung, Basel [u.a.] 1967.

„[...] wie schwierig es ist, mit dem Begriff der Pietät zu operieren“[1]: Eine ethische Perspektive auf den Umgang mit Toten und Hinterbliebenen

Dr. phil. Dr. rer. nat. Dirk Preuß

Wenn der Umgang mit Tot- und Fehlgeburten gestaltet werden soll, der Transport, die Aufbewahrung und Konservierung von Leichen in Krankenhaus, Pathologie oder Anatomie anstehen, die Sektion eines Leichnams stattfindet oder ein hirntoter Körper zu versorgen ist, wird häufig die Forderung nach Pietät bzw. nach einem pietätvollen Verhalten und Verfahren gestellt. So sei das „Pietätsgefühl gegenüber seinen Angehörigen und der Allgemeinheit zu wahren“[2], wenn einem toten Fötus zu Forschungszwecken Zellen oder Gewebe entnommen werden. „Die angemessene pietätvolle Versorgung Verstorbener ist in einer Dienstanweisung geregelt“[3], heißt es in Qualitätsberichten von Krankenhäusern. Von Rechtsmedizinern wiederum wird für Sektionen angemahnt, „selbstverständlich muss ein insgesamt pietät-

---

[1] Peuster, Eigentumsverhältnisse an Leichen und ihre transplantationsrechtliche Relevanz. Diss. Köln 1971, S. 24.

[2] Zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie, Richtlinien zur Verwendung fetaler Zellen und fetaler Gewebe. Stellungnahme, in: Deutsches Ärzteblatt 88 (1991), S. A-4296-4301, hier S. 4297.

[3] Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum (Hrsg.), KTQ-Qualitätsbericht zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser, 2013, S. 12. Abzurufen unter http://www.kk-bochum.de/de/Unternehmen/Qualitaetsmanagement/_doc/KTQ_QB_2013.pdf (eingesehen am 11.10.2016).

voller Umgang mit dem Leichnam gewährleistet sein“[4]. Ebenso selbstverständlich ist laut Bundesministerium für Gesundheit „der pietätvolle Umgang mit dem bzw. der Verstorbenen“[5] vor und nach Organexplantationen.

Was aber meint „Pietät“ hierbei konkret? Lässt sich tatsächlich bestimmen, wie ein sog. pietätvoller Umgang mit dem toten Körper eines Menschen auszusehen hat – oder handelt es sich um eine Worthülse, die sich je nach Bedarf und Interesse füllen lässt bzw. die einer diffusen moralischen Intuition darüber, was als irgendwie falsch oder richtig zu gelten scheint, Ausdruck verleiht?

1. Relativismus

Der Blick in die Begriffsgeschichte[6] lässt schnell daran zweifeln, dass eindeutige Antworten vom Verweis auf die Pietät zu erwarten sind. Denn erstens wurde Pietät, die sich von der lateinischen *pietas* ableitet, in der Vergangenheit je nach Kontext und Autor auf zahlreiche Adressaten bezogen: Nicht nur den Toten, sondern auch den lebenden Eltern und Verwandten, Freunden, auch dem Herrscher, Lehrer oder dem Vaterland sowie Gott und der Kirche sollte mit Pietät begegnet werden. Folglich variierte zweitens der Inhalt jener oft als Tugend aufgefassten Haltung zwischen anhänglicher Liebe, Verehrung, Dankbarkeit, Mildtätigkeit, Gehorsam oder Frömmigkeit. Drittens changiert der Fokus der Pietät von alters her zugleich zwischen der inneren Haltung bzw. Gesinnung des Akteurs auf der einen und den äußerlich sichtbaren Handlungen auf der anderen Seite, so dass sie nicht zuletzt auch juristisch schwer zu bestimmen war.[7] Vor allem zieht sich viertens bereits durch die Historie des Begriffs der Vorwurf, dass Neuerungen ohne gute Begründung und nur mit Verweis auf das Schlagwort der „Pietätlosigkeit“ abqualifiziert würden, die eigene Praxis so pauschal als richtig, die der Konkurrenten aber als falsch ausgewiesen werde oder ein bestimmtes Angebot als pietätvoll gelobt werde, weil es dem Lobenden selbst Vorteile bringt. Betrachtet man den aktuellen Bestattungsmarkt, wird schnell deutlich, dass sich hieran offenbar wenig geändert hat. Wie sollte schließlich fünftens ein Konzept, das maßgeblich durch die Kultur des antiken Roms sowie des mittelalterlichen und neuzeitlichen Christentums ge-

---

[4] Dettmeyer, Medizin & Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt. Springer, Heidelberg 2006, S. 271.

[5] http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/organspende/ablauf.html (eingesehen am 11.10.2016).

[6] Siehe für eine ausführlichere Darstellung Preuß, Begriffsanalytische und philosophiegeschichtliche Perspektiven auf *pietas* und Pietät. In: Preuß et al. (Hrsg.), Facetten der Pietät. Utz Verlag, München 2015, S. 19-140.

[7] Zur aktuellen juristischen Bedeutung und Auslegung des Pietätbegriffs siehe Hönings/Spranger, Pietät? – Eine rechtswissenschaftliche Perspektive auf den Umgang mit Leichen und Aschen, in: Preuß et al. (Hrsg.), Facetten der Pietät. Utz Verlag, München, 2015, S. 335-422, insbesondere S. 337-383.

prägt wurde, im 21. Jahrhundert in der Begegnung mit anderen Kulturen und Weltanschauungen sowie in einer pluralistischen Gesellschaft hilfreich sein?

Vielleicht macht gerade diese zuletzt genannte Schwäche des Pietätsprinzips zugleich seine Stärke für die gegenwärtige Diskussion um den Umgang mit dem Leichnam aus: Denn der Rekurs auf Pietät wirft expliziter die Frage nach moralischem Relativismus auf und verlangt folglich dringlicher nach einer Antwort, als dies andere Normen im Kontext der Sepulkralkultur – etwa der Verweis auf Würde oder Selbstbestimmung – tun.

Dass gerade die Bestattungspraktiken je nach Kultur unterschiedlichste Normen kennen, offenbart eine Schilderung Herodots aus dem 5. Jahrhundert vor Christus, die als Paradebeispiel für moralischen Relativismus gilt:

> *Als König Dareios einige Griechen seines Reiches fragte, was sie haben wollten, wenn sie ihre toten Väter essen sollten, sagten sie, dazu würden sie sich für kein Geld verstehen. Darauf ließ er Inder kommen, Kallatier, wie sie heißen, welche ihre toten Eltern essen, und fragte sie in Gegenwart jener Griechen mit Hilfe eines Dolmetschers, was sie haben wollten, wenn sie ihre toten Väter mit Feuer verbrennen sollten; die aber schrieen vor Entsetzen und baten ihn, um Gottes willen nur solche Worte nicht in den Mund zu nehmen.*[8]

In der Tat dürfte es schwer fallen zu bestimmen, wie der richtige Umgang mit einem Leichnam auszusehen hat. Während eine Gemeinschaft die Feuerbestattung präferiert, hält eine andere die Erdbestattung für die einzig adäquate Bestattungsform; in einer Kultur werden die Leichen zur Beseitigung den wilden Tieren anvertraut; in einer anderen werden die toten Körper konserviert; in dieser Region gelten Grab und Ruhe der Toten als unantastbar, in jener kennt man Sekundär- und Tertiärbestattungen bzw. trägt Körperteile eines verstorbenen Angehörigen mit sich herum oder verstreut die menschliche Asche in Flüssen, Seen und Meeren.

Unterschiedlich ist häufig auch die Interpretation des Leichnams, wobei sich verschiedene Deutungen überlagern und unterschiedlich gewichtet werden. Der tote menschliche Körper kann als heilig, wundertätig, sakrosankt gelten, als hygienisches Problem bzw. kultisch unrein angesprochen werden, Erinnerungszeichen positiver oder negativer Art an einen bestimmten Menschen sein, den Tod verkörpern, mit einem Tabu belegt sein und/oder als bloßer materieller Überrest, als einstiger Kerker der Seele angesehen werden u. v. m.[9] Unter diesen Umständen ist es keineswegs einfach und eventuell überhaupt nicht möglich, allgemein begründ-

---

[8] Herodot von Halikarnassos, Das Geschichtswerk. Insel-Verlag, Frankfurt/Leipzig 2001, S. 250 (= III, 38). Zum exemplarischen Charakter dieser Passage für einen (vermeintlichen) ethischen Relativismus vgl. u. a. Knoepffler, Angewandte Ethik. Böhlau, Köln u.a. 2010, S. 28; Quante, Einführung in die Allgemeine Ethik. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 2. Aufl. 2006, S. 154.

[9] Vgl. auch Heinz Schott, Der menschliche Leichnam im Wandel der Zeit: Was bedeutet „Pietät" und „würdevoller" Umgang aus Sicht der Medizingeschichte (S. 15 in diesem Band) sowie bereits ders., Der Leichnam in medizinhistorischer Sicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 45 (1999), S. 3-14. Vgl. exemplarisch ferner Jankélévitch, Der Tod. Suhrkamp, Frankfurt/M. 2005, S. 303 ff.; Landsberg, Die Erfahrung des Todes. Matthes & Seitz, Berlin 2009, S. 37 f.

bar den moralischen Status des Leichnams zu bestimmen. Der Verweis auf eine Würde des Leichnams erweist sich so schnell als erstens keineswegs selbstverständlich und zweitens in vielen Fällen hinsichtlich der inhaltlich-semantischen Füllung als unterbestimmt.

So unterschiedlich die Deutungen des toten Körpers sein können, so divers können auch die Auffassungen darüber sein, welche Bedeutung dem Letzten Willen des einst Lebenden insbesondere mit Blick auf seinen Leichnam zukommt. Zwar sind wir in Deutschland gewohnt, den Wünschen eines Verstorbenen hinsichtlich der Art und Weise seiner Beisetzung zumindest moralisch einen hohen Stellenwert einzuräumen – auch wenn Verstöße aufgrund des i. d. R. fehlenden Klägers kaum justiziabel sind.[10] Jedoch wird diese Selbstverständlichkeit spätestens dann fragwürdig, wenn man davon ausgeht, dass die Existenz eines Menschen, von seinen körperlichen Überresten einmal abgesehen, mit dem Tod endet. Weshalb sollte nämlich die Selbstbestimmung des einst Lebenden jetzt noch beachtet werden, da dieses „Selbst“, etwa in Form einer Seele, nicht mehr ist. Vielmehr könnte man es für naiv oder überheblich halten, wenn Menschen glauben, über ihren Tod hinaus den Lauf der Dinge beeinflussen zu können.

Welche Bestattungspraktiken für adäquat gehalten werden, welcher Status dem Leichnam zugesprochen wird und ob der Letzte Wille eines Menschen als bindend angesehen wird, hängt also in hohem Maße von den anthropologischen Modellen und religiös-weltanschaulichen Vorstellungen darüber ab, was der Mensch ist, ob es eine Existenzform nach dem Tode gibt, wie diese ggf. aussieht und eventuell durch entsprechende Handlungen am toten Körper, an seinen Überresten bzw. am Grab positiv beeinflusst werden kann. Dies mag sowohl im Vergleich zwischen verschiedenen Gesellschaften bzw. Kulturen variieren als auch im Vergleich zwischen verschiedenen Individuen innerhalb einer Gruppe, etwa innerhalb einer Familie. Ein Hinduist mag hier – vereinfacht gesprochen und Differenzierungen nach innerreligiösen Strömungen und zwischen Volksgläubigkeit und Theologie außer Acht lassend – anders denken als eine Christin, ein Buddhist anders als eine Muslima, ein Atheist oder Agnostiker anders als eine New-Age-Anhängerin, ein Konfuzianist anders als eine Animistin, ein Platoniker anders als eine Aristotelikerin. Wird man auch die eine religiöse bzw. weltanschauliche oder philosophische Überzeugung als glaubhafter erachten als die andere, ist es doch kaum möglich, die eine als wahr zu beweisen und entsprechend die andere als eindeutig unwahr zu widerlegen. Folglich wird es aber auch kaum gelingen, eine bestimmte Praxis des Umgangs mit dem toten Körper als *an sich* falsch zurückzuweisen.

[10] Hier ist nicht nur an die „lieben Verwandten“ zu denken, die am Begräbnis sparen wollen, sondern auch an die seitens des Staates durchgeführte Bestattung im Wege der Ersatzvornahme (siehe Spranger, Ordnungsamtsbestattungen. Lit Verlag, Berlin 2011).

2. Universalismus

Nach diesen skeptischen Vorbemerkungen besagt die These dieses Beitrags nun jedoch, dass sich entgegen dem ersten Anschein durchaus eine allgemein verbindliche Norm im Umgang mit dem toten menschlichen Körper bestimmen lässt und dass diese sogar sinnvoll unter den Begriff der Pietät gefasst werden könnte.[11] Führt man sich nochmals jene oben zitierte Begebenheit vor Augen, die uns Herodot überliefert hat, deutet sich nämlich zumindest auf den zweiten Blick eine Handlungsempfehlung an: Es wäre doch offensichtlich falsch, die Griechen ohne guten Grund am Verbrennen ihrer Toten zu hindern und ohne guten Grund den Kalatiern das Verspeisen ihrer Vorfahren zu untersagen. Denn es würde den Betroffenen zusätzlichen Schmerz und Kummer zufügen und womöglich ihren Trauerprozess nachhaltig negativ beeinflussen, könnten sie die Leichen ihrer Lieben nicht so beisetzen, wie sie es wünschen und gemäß ihren Vorstellungen für richtig halten. Hier mag nicht nur eine Rolle spielen, dass ihnen die tradierten Riten und Rituale Halt und Orientierung in der Situation tiefer Trauer bieten. Mutmaßlich wären sie auch um das postmortale Wohlergehen ihrer Vorfahren besorgt, wenn sie die religiös geforderten Vorgaben nicht einhalten könnten und/oder müssten ferner für sich selbst fürchten, dass ihr dereinst toter Körper später einmal nicht ihren Vorstellungen gemäß beigesetzt werden wird. Zum Tragen kommt also die Forderung, auf die Verlustsituation, auf die Konfrontation mit Sterblichkeit und Tod, auf die Trauer von Menschen Rücksicht zu nehmen. Dabei bemisst sich jeweils an den Vorstellungen und der Situation der von einem Todesfall Betroffenen, welches Verhalten als taktvoll und hilfreich empfunden wird und welche Handlungen den Schmerz, die Trauer und Verzweiflung eher noch verschärfen.

Dieser Appell lässt sich unter dem Ausdruck der Pietät sinnvoll zusammenfassen. Dies gilt zumindest, wenn man sich erstens der aktuellen Definition des Duden anschließt, wonach unter Pietät „Respekt, taktvolle Rücksichtnahme“[12] zu verstehen sind, und wenn Pietät zweitens eine Norm darstellt, die überwiegend im Kontext der Trauer- und Bestattungskultur zum Tragen kommt. Deutlich wird dies etwa im Lexikon der „Zeit“, wenn im engeren Sinne die „Angehörigen von Verstorbenen“[13] als deren Adressaten genannt werden.

Die Forderung nach einer so verstandenen Pietät, d. h. nach Rücksichtnahme gegenüber Menschen in Verlustsituationen bzw. in der Begegnung mit Sterblichkeit und Tod, erscheint dann aber keineswegs mehr relativ, sondern allgemeingültig. Denn sie lässt sich als Applikation des Nichtschadensprinzips im Bereich der

[11] Der folgende Gedanke wurde detaillierter entwickelt in Preuß, Pietät – eine Rekonstruktion in moralphilosophischer Perspektive, in: Preuß et al., Facetten der Pietät. Utz Verlag, München 2015, S. 141-334.

[12] Dudenredaktion (Hrsg.), Duden. Die deutsche Rechtschreibung, Bd. 1. Dudenverlag, Mannheim u.a., 25. Aufl. 2009, S. 834.

[13] Zeitverlag (Hrsg.), Die Zeit. Das Lexikon in 20 Bänden, Bd. 11: Ore-Pux. Zeitverlag Bucerius, Hamburg 2005, S. 351.

Sepulkralkultur lesen, also als Ausgestaltung jenes Anspruchs, anderen Menschen nicht ohne guten Grund Schaden zufügen zu dürfen. Zwar ist das herangezogene Nichtschadensprinzip nicht unbestreitbar, doch ist es weitgehend unbestritten: In allen bedeutsamen Ethikkonzeptionen wie auch der Alltagsmoral wird ihm große Bedeutung zugemessen. Insbesondere für den medizinethischen Kontext haben *Beauchamp* und *Childress* die Anschlussfähigkeit dieses sog. Prinzips mittlerer Ebene und Reichweite für unterschiedlichste fundamentalethische Entwürfe und Begründungsverfahren nachgezeichnet.[14]

Wenn das Nichtschadensprinzip hier unter dem Stichwort der Pietät vor allem auf Trauernde hin Anwendung findet, muss an dieser Stelle nicht eigens auf die Vielschichtigkeit des Trauerbegriffs eingegangen werden.[15] Zwar kann Trauer erstens nicht nur das akute Gefühl von Traurigkeit, sondern auch den langandauernden komplexen Trauerprozess meinen; zwar kann zweitens die innere Gefühlslage (engl. *grief*) ebenso bezeichnet werden wie das Trauerverhalten (engl. *mourning*), wobei das eine mit dem anderen nicht einhergehen muss; zwar kann Trauer drittens nicht nur unterschiedlich beschrieben, sondern auch bewertet werden, etwa als natürlicher Prozess oder pathologisches Geschehen. Entscheidend für den Gang der Argumentation ist vielmehr, dass Menschen nach Verlusten – aber auch, wenn sie mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert werden – in der Regel sehr verletzlich sind, sich in einem emotionalen Ungleichgewicht und in einer als unangenehm oder schmerzlich bis hin zu unerträglich empfundenen Verfassung befinden können. Es sind nun aber gerade vulnerable Personen, die der Rücksicht bedürfen und besonders beanspruchen dürfen, dass ihnen kein weiteres Leid, kein weiterer Schaden zugefügt wird und ihnen ein besonderer Schutzraum zuteil wird. Dies gilt nicht zuletzt, weil aus der psychologischen Forschung bekannt ist, dass sich die Verlustbewältigung verzögern und bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen verkomplizieren kann, wenn der Trauerprozess behindert wird.[16] Beispiele lassen sich, etwa für die ärztlich-pflegerischen Handlungsfelder, leicht geben: So bleibt es für viele verwaiste Eltern eine offene Wunde, wenn sie sich von ihrem Fehl- oder Totgeborenen nicht verabschieden, dieses nicht beisetzen konnten.[17] Ebenso kann der Anblick eines nicht adäquat versorgten Leichnams nach einer

---

[14] Vgl. Beauchamp/Childress, Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York/Oxford, 6. Aufl. 2009.

[15] Siehe u.a. Illhardt, Trauer. Eine moraltheologische und anthropologische Untersuchung. Patmos, Düsseldorf 1982; Lammer, Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung. Neukirchener Verlagsgesellschaft, Neukirchen-Vluyn, 6. Aufl. 2013; Worden, Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. Hans Huber, Bern, 4. Aufl. 2011.

[16] Vgl. Worden [Anm. 15], S. 61-81.

[17] Vgl. Annette Stechmann, Frühabort und Totgeburt: Eine theologische Perspektive (S. 39 in diesem Band). Zur Rechtslage des Umgangs mit Tot- und Fehlgeburten, die hinter den gut begründeten moralischen Forderungen oft noch zurückbleibt, vgl. Hönings/Spranger [Anm. 7], S. 384-396, sowie Katharina Weilert, Fehlgeburt und Totgeburt: Der nicht lebend zur Welt gekommene Mensch im Recht (S. 47 in diesem Band.)

Sektion für Angehörige traumatisierende Bilder evozieren (s. u.). Aber schon die wenig sensibel durchgeführte Kommunikation eines Todesfalls oder der folgenden Abläufe bleibt lange schmerzhaft in Erinnerung. Diese Beispiele zeigen zugleich, dass es i. d. R. mit verhältnismäßig wenig Aufwand möglich ist, zusätzlichen Schaden für die Hinterbliebenen zu vermeiden, d. h. pietätvoll zu handeln. Dabei wird man im Auge behalten müssen, dass der Trauerprozess beeinflusst von Persönlichkeit, kulturellem Hintergrund, sozialer Einbindung etc. sehr individuell verläuft. Daher ist auf die einzelne Person und deren gegenwärtige Situation hin, d. h. meist in der Kommunikation mit ihr, zu eruieren, was ihr hilfreich ist. Pauschale Handlungsanweisungen, die für alle Trauernden, alle verwaisten Eltern, alle muslimischen Hinterbliebenen etc. Gültigkeit hätten, lassen sich kaum geben.

3. Spezifizierung

Aus dieser ersten Annäherung und Verortung ergeben sich einige Konsequenzen: Die Forderung, Menschen ihre Toten nach ihren Vorstellungen bestatten zu lassen, ihnen mit maximaler Rücksichtnahme – englisch *re-spect* – zu begegnen, gilt erstens nicht absolut. Denn Pietät als Ausdruck des Nichtschadensprinzips kann als Prinzip mittlerer Ebene und Reichweite im Falle der Kollision mit anderen Werten, Normen und Interessen eingeschränkt werden.[18] Im Beispiel der eingangs vorgestellten Kallatier wäre es durchaus möglich, aus epidemiologischen Gründen das Verspeisen der Toten zu untersagen, ist hier doch z. B. die Übertragung von Krankheiten zu befürchten. Ebenso ist in dicht besiedelten Gebieten wie Deutschland mit gutem Grund das Auslegen der Leichname, die so an der Luft schneller abgebaut würden, aus hygienischen Gründen verboten.

Dies entlässt zweitens aber nicht aus der Pflicht zu versuchen, eine möglichst gute Alternative zur gewünschten Praxis zu finden und möglichen Schaden so zu minimieren. Ein erstes Beispiel hierfür bietet die zoroastrische Bestattung, bei der eine Kontamination von Wasser, Erde und Feuer durch die Luftbestattung des toten Körper verhindert werden soll. Klassischerweise werden die Leichen daher auf sog. Türmen des Schweigens ausgelegt und der Verwesung bzw. den Vögeln überlassen. Da dies in dicht besiedelten Regionen nicht möglich erschien, entwickelte man die Option, die toten Körper umgeben von Beton zur Ruhe zu betten, so dass der Leichnam keinen unmittelbaren Kontakt mit der ihn umgebenden Erde erhält. Ein zweites Beispiel findet sich in der Rechtsmedizin: Wenn eine Sektion notwendig wird, mag dies den Angehörigen oft schrecklich erscheinen und den Schmerz nach dem Verlust eines lieben Menschen noch erhöhen. Denn trat der Tod in der Regel unerwartet ein, wird jetzt der Körper des Verstorbenen den Hinterbliebenen auch noch entzogen, werden dessen große Körperhöhlen eröffnet.

[18] Vgl. Beauchamp/Childress [Anm. 14], S. 14 ff.

Eine intensive postmortale Untersuchung lässt sich im Sinne der Rechtssicherheit, der Strafverfolgung etc. zwar kaum vermeiden. Wichtig ist nun allerdings, die Leichenschau so zu gestalten, dass sie für die Angehörigen möglichst wenig traumatisch ausfällt. Dazu kann eine fachmännische Rekonstruktion nach der Sektion ebenso zählen wie eine einfühlsame Erklärung der Abläufe oder die Begleitung durch Geistliche, Psychologen usf., falls dies gewünscht wird.[19]

Das Nichtschadensprinzip leitet drittens zum Fürsorgeprinzip über, also der Verpflichtung, nicht nur Schaden zu vermeiden, sondern auch wohltuend zu wirken. Es gibt Autoren, die beide Prinzipien zusammenfassen, doch mag gerade für den Fall der Pietät eine, wenn auch nicht scharfe Abgrenzung sinnvoll sein:[20] Anderen Menschen ohne guten Grund nicht zu schaden ist demnach der normative Mindeststandard, der von allen Personen erwartet und eingefordert werden kann. Die Fürsorge, also vielleicht der Versuch des Tröstens, der Unterstützung bei der Beerdigung o. ä., ist ein Dienst, der nicht von jedermann erwartet würde bzw. verlangt werden kann – wenn man ihn auch erhoffen darf. Von Freunden, Bekannten und Menschen in einer Garantenstellung, etwa dem behandelnden Arzt, wäre hingegen durchaus zu fordern, dass sie nicht nur zusätzlichen Schaden zu vermeiden versuchen, sondern auch fürsorglich tätig werden. Wie angedeutet sind die Übergänge hier gewiss fließend und situationsabhängig. Bezogen auf die einleitende Begebenheit könnte man holzschnittartig allerdings sagen, dass es Ausdruck des Nichtschadensprinzips wäre, die Griechen nicht am Verbrennen ihrer Toten zu hindern. Ausdruck des Fürsorgeprinzips könnte entsprechend sein, ihnen bei der Organisation der Zeremonie zu helfen, falls sie dies aus eigener Kraft nicht schaffen oder falls ihnen die Unterstützung durch andere Menschen tröstlich wäre. Natürlich kann auch das Fürsorgeprinzip mit dem Nichtschadensprinzip anscheinend kollidieren (s. o.). Beispielsweise mag es kurzfristig für einen Trauernden schmerzhaft sein, mit seinem Verlust konfrontiert zu werden. Aber insbesondere wenn sich Trauer verkompliziert, kann eine solche behutsame Konfrontation notwendig werden, um die Verdrängung des Verlustes in eine Auseinandersetzung mit diesem zu überführen.[21] Eine solche Intervention ist selbstredend ggf. nur von Personen durchzuführen, die mit der Person vertraut sind und entsprechendes trauerpsychologisches Know-how besitzen.

Ein weiterer Punkt schließt viertens an: Natürlich kann man der Ansicht sein, dass bestimmte weltanschauliche Überzeugungen, die hinter mancher Bestattungspraxis stehen, inhaltlich falsch, naiv oder gänzlich unwahrscheinlich sind. Doch ist der richtige Zeitpunkt, dies zu diskutieren und sein Gegenüber davon zu überzeugen, gewiss nicht die emotionale Ausnahmesituation in einem Todesfall. Wiederum

---

[19] Vgl. Preuß, Pietät in der Rechtsmedizin. Autopsie eines Begriffs, in: Rechtsmedizin 21 (2011), S. 286-290.

[20] Vgl. auch Beauchamp/Childress [Anm. 14], S. 149-152.

[21] Vgl. Znoj/Maercker, Trauerarbeit und Therapie der komplizierten Trauer, in: Linden/Hautzinger (Hrsg.), Verhaltenstherapiemanual. Springer, Heidelberg, 7. Aufl. 2011, S. 471-475.

auf Herodots Beispiel angewandt wäre es für den Trauerprozess der Kalatier sicherlich nicht hilfreich, würde man gerade jetzt mit ihnen über ihre Postmortalitätsvorstellungen und davon abhängig ihre Bestattungspraxis diskutieren und streiten wollen. Aktuell mag ein atheistisch eingestellter Gynäkologe die christliche Verheißung der Weiterexistenz bei Gott als eine böswillige Täuschung der Institution Kirche ansehen. Haben Eltern aber gerade ihr Kind verloren, wäre es für die Trauerbewältigung schädlich und böswillig, ihnen *in dieser Situation* den Trost ihres Glaubens und die zugehörigen Rituale ausreden zu wollen.

Fünftens kommt der in diesem Beitrag vorgeschlagenen Orientierung am Nichtschadensprinzip und an den Bedürfnissen der Hinterbliebenen entgegen, dass es i. d. R. wohl zuvorderst die eigenen Toten sind, um deren Bestattung man sich sorgt. Wie Menschen in einem anderen Land, in einer anderen religiösen Gemeinschaft beigesetzt werden, mag seltsam, vielleicht abstoßend oder kurios erscheinen, wird aber selten zu seelischem Schmerz und Schaden bei der distanzierten Betrachterin oder dem weit entfernten Beobachter führen. Allerdings sind Konflikte durchaus zu erwarten, wenn die Beisetzungswünsche der Hinterbliebenen und der Bestattungsbrauch in deren Umfeld stark divergieren. Zunächst wird man davon auszugehen haben, dass der Schmerz über den Verlust eines Menschen bei den Angehörigen am größten ist und deshalb deren Möglichkeit, mit dem toten Körper nach ihren Vorstellungen zu verfahren, nicht einzuschränken ist. Irritiert der angestrebte Umgang mit dem Leichnam jedoch viele Menschen stark, kann durchaus über eine Beschränkung nachgedacht werden. Hält man die Ausstellung plastinierter Leichen zum Zwecke der Bildung beispielsweise für legitim und haben sich Verstorbene und deren Angehörige bewusst für diese „Bestattungsart" entschieden, sind die Plastinate dennoch nur jenen Menschen zu präsentieren, die sich bewusst für einen Ausstellungsbesuch entschieden haben. Das Zeigen von konservierten Körpern auf öffentlichen Plätzen wäre hingegen so problematisch wie der erzwungene Besuch einer anatomischen Ausstellung mit der Schulklasse. Denn so wird die intensive Konfrontation von Menschen mit dem Tod provoziert, die vielleicht aufgrund ihrer persönlichen Lebensumstände wie dem Verlust eines geliebten Menschen oder einer ernsten Erkrankung höchst verletzlich sind, die Art und Weise des Umgangs mit dem toten Körper für unangemessen halten und sich dem nun nicht entziehen können.[22] Denkbar ist allerdings auch die Konstellation, dass die Verwandten nicht um den Verstorbenen trauern, es keine Freunde und Bekannte gibt. Könnte man dies sicher feststellen, müsste auf die Gefühle der Hinterbliebenen folglich keine Rücksicht genommen werden. Doch wie auch bei Personen, die einsam verstorben sind, ist der Leichnam dann wenigstens dem – wandelbaren – kulturellen Mindeststandard entsprechend zu behandeln und beizusetzen. Dies lässt sich aus der Rücksichtnahme gegenüber einer größeren Öffentlich-

[22] Vgl. Preuß, Body Worlds: looking back and looking ahead, in: Annals of Anatomy 190 (2008), S. 23-32.

keit fordern: Menschen müssten ansonsten etwa fürchten, dass ihr toter Körper dereinst ebenfalls einfach z.B. „entsorgt“ werden könnte, falls sich keine (trauernden) Angehörigen identifizieren lassen. Menschen können sich ebenso in dem Leichnam als Menschen wiedererkennen und sich in ihrer Gattungswürde[23] verletzt sehen, falls der tote Körper inadäquat behandelt wird. Doch gilt, dass es von der jeweiligen Interpretation des Leichnams abhängig ist, was in einer Gesellschaft als angemessen gilt und welche Praktiken als irritierend bzw. inakzeptabel abgelehnt werden. In Deutschland wäre beispielsweise eine *überwiegend* instrumentelle Nutzung des Leichnams als Organ- und Gewebespender inakzeptabel, weil dies nicht der Praxis gerecht würde, ihn als ein herausgehobenes, positives Erinnerungszeichen an den einst lebenden Menschen zu sehen.

Speisen sich die bisherigen Forderungen nach Pietät aus der Rücksichtnahme gegenüber den Lebenden und dem Anliegen, ihnen möglichst nicht zu schaden, so lässt sich sechstens auch die Respektierung des Letzten Willens des Verstorbenen als Verpflichtung gegenüber den noch Lebenden herleiten.[24] Faktisch entwickeln sehr viele Menschen Wünsche hinsichtlich des Schicksals ihres dereinst toten Körpers, hinsichtlich ihrer Bestattung. Für sie wäre es bereits als Lebende schlimm, könnten sie nicht mit der Umsetzung ihres Letzten Willens rechnen. Dies gilt insbesondere, wenn Menschen davon ausgehen, dass ihr postmortales Schicksal mit dem Schicksal ihres Grabes, Körpers oder Gedenkens zusammenhängt. Klassisch sind jene Vorstellungen, wonach die Verstorbenen nicht zur Ruhe kommen, wenn ihre Körper nicht bestattet oder ihre Gräber geschändet werden.[25] An dieser Stelle ließe sich natürlich kritisch fragen, woher man nicht nur wisse, dass der Verstorbene als Seele, Geist etc. überhaupt noch existiert, sondern sogar sagen könne, was diesem schadet oder frommt. Womöglich aber verweist uns das Ansinnen, über den Tod hinaus das Geschick des eigenen Körpers zu bestimmen, neben religiösen Überzeugungen auf einen grundlegenden Aspekt unseres Menschseins und bringt damit ein zusätzliches Argument zur Geltung: die Fähigkeit, uns selbst entwerfen zu können.[26] *Pico della Mirandola* hat diese als konstitutiv dafür angesehen, von der Würde des Menschen sprechen zu können. Die eigene Bestattung festzulegen, eröffnet in diesem Sinne aber die Möglichkeit, sich prospektiv-rückblickend noch einmal zum eigenen Leben zu verhalten, indem man festlegt, was wesentliche Aspekte des eigenen Lebens gewesen sein werden, welche Überzeugung oder welche

---

[23] Vgl. Knoepffler, Menschenwürde in der Bioethik. Springer, Berlin u.a. 2004, S. 26.

[24] Dieser Aspekt wird hier nur angedeutet. Ausführlicher entwickelt findet er sich in Preuß, „Kein Mensch soll diesen Stein aufdecken, biß GOtt den Staub wird auferwecken [...]“ – moralphilosophische Überlegungen zur Beachtung des letzten Willens in der Archäologie, in: Acta Praehistorica et Archaeologica 47 (2015), S. 25-32.

[25] Siehe z. B. Lukian, Der Lügenfreund. Satirische Gespräche und Geschichten. Aufbau, Berlin/Weimar 1988, S. 54 f.

[26] Vgl. für diesen Gedankengang Gröschner, Menschenwürde und Sepulkralkultur in der grundgesetzlichen Ordnung. Die kulturstaatlichen Grenzen der Privatisierung im Bestattungsrecht. Richard Boorberg, Stuttgart u.a. 1995.

Lebenseinstellung man für sich als zentral erachtet hat. Die letztwillige Verfügung der Beisetzungsmodalitäten ist also Ausdruck der Fähigkeit, sich angesichts des Todes zu entwerfen. Wer seinen Körper der Anatomie spendet, wer in der Urne des Hamburger Sportvereins beigesetzt werden möchte, wer im Wald seine letzte Ruhe zu finden beabsichtigt, wer anonym bestattet werden will oder wer auf eine Festlegung bewusst verzichtet, mag sich etwa als Altruist, Fußballfan, Naturfreund, Atheist oder Realist verstanden wissen und bestimmen. Wenn auch die *Fähigkeit* des Selbstentwurfs angesichts einer im wahrsten Sinne des Wortes existentiellen Situation nicht genommen werden kann, so wird diese Fähigkeit aber doch nur dann sinnvoll wahrzunehmen sein, wenn man mit der Umsetzung seiner Wünsche auch postmortal rechnen darf; hier wäre es also wiederum ein Schaden für die Lebenden, könnten sie nicht auf die Berücksichtigung ihres Letzten Willens vertrauen. Die Wünsche der Verstorbenen zu achten, gründet somit (auch) in der Pietät gegenüber den Lebenden.

4. Zwischenfazit

Anliegen dieses Beitrags war es, ein Pietätsverständnis vorzuschlagen, das die Rücksichtnahme auf Menschen in Verlustsituationen, insbesondere in der Trauer nach dem Tod eines nahen Menschen, aber auch in der Konfrontation mit Sterblichkeit und Tod bezeichnet. Da dieser Respekt besonders vulnerablen Personen gilt und weiteren Schaden von ihnen abhalten soll, lässt er sich als bereichsspezifischer Ausdruck des Nichtschadensprinzips verstehen und damit als allgemein plausibilisierbar ausweisen. Wie sich Pietät im Einzelnen ausgestaltet, was im Detail als taktvoll gilt, lässt sich von dort ausgehend jedoch nur anhand der Situation und Bedürfnisse der Betroffenen bestimmen und ist wiederum von individuellen wie auch gesellschaftlichen und/oder kulturellen Faktoren abhängig.

Mit dieser Verortung der Pietät geht einher, dass man von ihr nicht die Lösung aller strittigen Fragen im Umgang mit dem Leichnam erwarten darf. Denn wie geschildert ist i. d. R. die Abwägung mit anderen Prinzipien und Werten notwendig. Gleichwohl gibt die Pietät einige Hinweise, in welche Richtung die Überlegungen weisen sollten.

5. Applikation: Klinische Sektion

Für die Frage nach der Gestaltung der klinisch-wissenschaftlichen bzw. Verwaltungssektion sei dies abschließend angedeutet. Hierbei sollen einerseits exemplarisch die Obduktionen Erwachsener betrachtet, andererseits das Für und Wider der Autopsie nicht umfassend diskutiert werden. Vielmehr soll nur der spezifische Beitrag des Pietätkonzeptes herausgestellt werden.[27]

Geht man davon aus, dass der Tod eines Menschen für die Hinterbliebenen oftmals eine schmerzhafte Ausnahmesituation bedeutet und gerade bei plötzlichen Todesfällen eine Vielzahl an Entscheidungen in kurzer Zeit unter großer seelischer Anspannung erfordert, stellt die Frage und Entscheidung, ob der Verstorbene einer Obduktion zugestimmt hätte bzw. wie die Angehörigen sich selbst zur Obduktion des Leichnams verhalten, eine zusätzliche Belastung dar. Soll auf die Möglichkeit der klinischen Sektion nicht verzichtet und die Zahl der vorgenommenen Obduktionen aufgrund ihres medizinischen bzw. epidemiologischen Nutzens eher wieder erhöht werden, wird sich die Frage nach der inneren Leichenschau zukünftig bei zahlreichen Todesfällen stellen. Folglich wäre es hilfreich, wenn sich möglichst viele Menschen mit der Thematik auseinandergesetzt[28] und bereits zu Lebzeiten eine idealerweise schriftlich fixierte Entscheidung getroffen hätten. Diese würde die Hinterbliebenen nämlich entlasten und zum einen gewährleisten, dass der Leichnam so behandelt wird, wie es sich der Verstorbene gewünscht hätte – ein nicht selten für die Angehörigen tröstlicher und für die Lebenden beruhigender Gedanke. Zum anderen sollte die Entscheidung für und wider eine Sektion im Idealfall prämortal mit den Hinterbliebenen abgesprochen und abgestimmt sein, um deren Bedürfnisse und Vorstellungen hinsichtlich der Abschiednahme und Gestaltung der Trauerhandlungen prospektiv so weit möglich einzubeziehen. Lehnen die Verwandten etwa aus religiösen Gründen eine Sektion ab, sollte man sich zumindest gut überlegen, ob man seinen Körper für das Gut medizinischen Erkenntnisgewinns zur Verfügung stellen möchte und damit größere Verunsicherung und Bekümmerung auf Seiten der Hinterbliebenen riskieren will. Allerdings gilt wohl auch hier, dass sich durch offene Kommunikation und Aufklärung über die Vorgänge bei und rund um die Sektion viele Diskrepanzen ausräumen lassen.

---

[27] Zu Hintergründen und ausführlicheren Diskussionen der klinischen Obduktion siehe Burkhard Madea, Aktuelle Fragen der Leichenöffnung aus der Sicht der Rechtsmedizin (S. 89 in diesem Band) bzw. u.a. Friemann, Klinische Obduktionen. Praktisches Vorgehen, rechtliche Grundlagen und ethische Überlegungen, in: Pathologe 31 (2010), S. 256-267; Steinmetzer et al., Zwischen Ablehnung und Akzeptanz: Der Blick auf die innere Leichenschau, in: Groß et al. (Hrsg.), Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion. Kassel University Press, Kassel 2007, S. 83-97; Duttge, Autopsie: Ist der Individualismus unausweichlich? – (Straf-)Rechtsphilosophische Bemerkungen, in: ebd., S. 117-125.

[28] Da bei der Unterzeichnung von Krankenhausaufnahmeverträgen diese Auseinandersetzung i. d. R. weder intensiver stattfinden noch mit den Hinterbliebenen abgesprochen sein dürfte (s. u.), erscheinen solche „Sektionsklauseln" unter dem Blickwinkel der Pietät als bedenklich.

Eine letztwillige Verfügung sollte selbstverständlich aber keine Pflicht sein. Einerseits kann man die Frage den Hinterbliebenen anheimstellen. Dann sollte sinnvollerweise aber auch explizit gemacht werden, dass sie nach ihren Bedürfnissen entscheiden können und gerade dies dem Willen des Verstorbenen entspricht. Andererseits aber muss vor allem auch die Möglichkeit gelassen werden, sich mit dem Thema nicht auseinanderzusetzen, falls man sich (momentan) nicht mit der Möglichkeit des eigenen Versterben konfrontieren kann/will.[29]

Ob man, suchte man deutschlandweit nach einer einheitlichen Regelung der klinischen Sektion, vor diesem Hintergrund eher zur Widerspruchs- oder Zustimmungslösung, eventuell unter dem Dach der Entscheidungslösung, tendieren sollte, lässt sich mit Blick auf die Pietät allein schwer bestimmen, da diese noch mit anderen Interessen, Werten bzw. Prinzipien abgewogen werden muss. Hat man allerdings im Blick, welchen Stellenwert die Selbstbestimmung auch über den Tod hinaus zumindest theoretisch in der hier betrachteten deutschen Gesellschaft genießt, liegt die Zustimmungslösung näher. Dies gilt insbesondere auch für Asservierung von und Forschung mit dem Gewebe Verstorbener. Fiele die Wahl dennoch auf die Widerspruchslösung, wäre in jedem Fall ein Einspruchsrecht der Hinterbliebenen, also eine erweitere Widerspruchslösung, einzufordern. Zum einen müssten sie so die mutmaßlichen oder bekannten, allerdings nicht schriftlich festgehaltenen Interessen des Verstorbenen gegen die Sektion durchsetzen können. Dies wäre etwa dann besonders bedeutsam, wenn der Verstorbene beispielsweise aufgrund von Sprachbarrieren nicht um die Notwendigkeit des Widerspruchs wusste. Zum anderen sollten sie eine Sektion auch ablehnen dürfen, wenn eine solche Entscheidung dem Willen des Verstorbenen mutmaßlich nicht entgegensteht und die Sektion für sie eine große zusätzliche psychische Belastung bedeuten würde.[30] Ist in diesem Sinne und unter den genannten Bedingungen die Willensäußerung zu Lebzeiten wünschenswert, könnte die Haltung zur Sektion sinnvollerweise zusammen mit der Haltung zur Organspende abgefragt und freiwillig zum Beispiel auf dem bisher nur Organspendeausweis genannten Dokument festgehalten werden.

Aus Perspektive der Pietät ist ferner im Falle der Sektion vor allem eine wohlüberlegte Gestaltung des gesamten Ablaufs einschließlich der Betreuung der Hinterbliebenen zu fordern.[31] Dies betrifft die sensible Erklärung der Vorgänge, die

---

[29] S.a. den Beitrag von Andreas Winkelmann in diesem Band.

[30] In der Praxis verkomplizieren sich die Konstellationen natürlich nochmals, wenn der formulierte oder mutmaßliche Wille des Verstorbenen den Bedürfnissen der Angehörigen entgegensteht und/oder die Angehörigen untereinander in der Bewertung und ihren Bedürfnissen divergieren. Hier ist eine weise Abwägung der unterschiedlichen Interessen gefragt, um eine Lösung im Einzelfall zu finden.

[31] Dies käme außerdem den an einer Sektion beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugute, die als potentielle Adressaten von Pietät ebenfalls nicht vergessen werden dürfen. Denn auch mit Blick auf die an der Sektion Beteiligten und aus Rücksichtnahme ihnen gegenüber ist zu fragen, ob die Vorgänge so organisiert und gestaltet sind, dass sie die tägliche Konfrontation mit den Toten und ggf. deren Angehörigen über längere Zeit gut verkraften können. Es ist also nicht nur an die psycho-

vor, während und nach der Sektion stattfinden, wie auch die verständliche Übermittlung der gewonnenen Erkenntnisse. Dazu zählt alsdann, Möglichkeiten zur Abschiednahme der Angehörigen am Leichnam vor und nach der Sektion zu ermöglichen. In diesem Rahmen ist natürlich auch eine professionelle thanatopraktische Versorgung des Leichnams sicherzustellen, die durch entsprechende Zugangstechniken erleichtert werden kann. Sie verdeutlicht den Angehörigen, dass sorgsam mit dem Körper umgegangen wurde. Ergänzend sollte auch die psychologische bzw. seelsorgerliche Begleitung der Hinterbliebenen gewährleistet sein, falls diese gewünscht ist. Schließlich sollte die Bestattung nicht durch die Obduktion verzögert werden.

Sucht man abschließend den Vergleich mit der Organexplantation zum Zwecke der Transplantation,[32] zeigt die Erfahrung, dass hier i. d. R. von einer guten Betreuung der Angehörigen und einer professionellen Versorgung des Leichnams berichtet wird.[33] Womöglich steht dies u. a. damit in Zusammenhang, dass sich die Akteure aufgrund der Entscheidungs- bzw. Zustimmungslösung sehr um ein positives Image, eine sensible Kommunikation bzw. Information der Menschen und eine gute Betreuung der Hinterbliebenen bemühen müssen, um Personen zu einer Einwilligung in die Organentnahme zu bewegen. Blickt man mit dem Fokus der Pietät auf die klinische Sektion und stellt man so die Rücksichtnahme auf Trauernde bzw. auf Menschen, die sich angesichts ihres Todes sorgen, ins Zentrum, liegt die Vermutung nahe, dass dem sensiblen Umgang mit dem Leichnam und den Hinterbliebenen mit der Zustimmungslösung mehr gedient sein könnte als mit der Widerspruchslösung. Die Pflicht- oder Zwangssektion, wie sie etwa in der DDR bestand, ist u. a. aus Gründen der Pietät abzulehnen.

---

logische Betreuung der Angehörigen zu denken, sondern auch an Supervision etc. für die in der Pathologie Tätigen.

[32] In mehreren Punkten sind Organentnahme und Obduktion allerdings kaum zu vergleichen. So dient beispielsweise die Organexplantation zum Zwecke der Transplantation der unmittelbaren Rettung von Menschenleben oder der Heilung schwerer Erkrankungen, die Sektion dient aber vor allem dem Erkenntnisgewinn, der i. d. R. erst mittelbar Patienten zugutekommt. Ferner ist bei der Transplantationsdebatte umstritten, ob der hirntote Körper bereits als toter Mensch einzustufen ist, bei der Autopsie wird hingegen kaum bestritten, dass Leichen seziert werden.

[33] Vgl. exemplarisch Donauer, „Plötzlich betroffen und entscheiden müssen“. Erfahrungen mit der Organspende aus Angehörigensicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 58 (2012), S. 183-189.

B. Frühabort und Totgeburt: Asservieren oder beerdigen?

Frühabort und Totgeburt: Eine theologische Perspektive

Dipl. theol. Annette Stechmann

1. Zentrale Fragen

Bei der Frage nach Asservierung oder Bestattung von Frühabort und Totgeburt ist die Fragestellung nach Würde und Selbstbestimmung des Menschen über den Tod hinaus auf die Spitze getrieben: Sind diese „Frühaborte“ und „Totgeburten“ Menschen mit einer „Würde“ und dem Recht auf Selbstbestimmung? Haben sie folglich auch ein Recht auf Bestattung, bzw. gibt es sogar eine Pflicht, sie zu bestatten? Oder sind sie lediglich menschliches „Material“, das entweder „entsorgt“ oder als Beweismittel aufbewahrt, asserviert werden darf?

Eine weitere Frage ist die nach dem Nutzen des Asservierens im Unterschied zur Bestattung, auch wenn sie in diesem Beitrag nicht geklärt, sondern nur gestellt werden kann: Denn ist es wirklich nötig, die Körper „auf ewig“ aufzubewahren? Ist es nicht möglich, sie nach einer gewissen Zeit der Forschung zu bestatten? Und was könnten dann die Kriterien für den Zeitpunkt der Bestattung sein: wenn die Präparate über die Zeit unbrauchbar geworden sind oder nach dem Präparieren in Analogie zu den Körperspender/inne/n, die nachdem die Forschung an ihren Körpern beendet ist, würdig bestattet werden?



Abb. 1: **Bestattung von Körperspender/-innen, Gottesdienst in St. Nikolai, Göttingen**

Es ergibt sich aus der Materie selbst, dass die Frage nach Bestattung oder Asservierung nicht über die sonstige Methodik der Selbstbestimmung des Menschen in dieser frühen Phase des Menschseins gelöst werden kann: ein ungeborenes Kind kann noch nicht über sich selbst bestimmen. Wenn bekannte Lösungsmodelle für analoge Sachverhalte – wie z.B. der selbstbestimmten Forschung an der Leiche von Menschen, die sich für das Zuverfügungstellen ihres Körpers zu diesem Zweck mit anschließender Forschung und anschließende Bestattung entschieden haben – nicht angewendet werden können, dann sind neue Zugangswege zur Entscheidungsfindung nötig.

Deshalb ist es zunächst einmal notwendig, unterschiedliche Interessen transparent werden zu lassen, die mit der Frage nach Asservierung bzw. Bestattung von Frühaborten bzw. Totgeburten verbunden sein können. Eine Theologin, eine katholische zumal, wird hier eine andere Position haben als ein Anatom, der mit Hilfe über Jahrzehnte asservierter Körper forscht.

Es stellt sich bereits hier eine weitere wichtige Frage: Dürfen Interessen Entscheidungen bestimmen? Entscheidungen über andere Menschen? Wie soll gerade in einem solch umstrittenen Bereich eine Entscheidung getroffen werden, ob diese Kinder bestattet werden sollen oder ob sie weiter asserviert bleiben können? Wie ist das Zueinander von Recht, Medizin und Theologie in diesem Zusammenhang zu sehen?

Entscheidungen und daraus resultierende Handlungen entstehen mit Hilfe der Moral, die jemand vertritt. An dieser Stelle ist vor allem die Frage nach dem Beginn des Menschseins und der daraus resultierenden Menschenwürde eines ungeborenen Kindes entscheidend. Meine Aufgabe ist es, zu diesem Themenfeld im Folgenden den Bereich der Theologie aus der Perspektive einer katholischen Klinikseelsorgerin zu vertreten. Was sagt die Theologie zu dieser Frage? Gibt es Meinungen, Stellungnahmen? Womit sind sie begründet? Haben diese Frühaborte

bzw. Totgeburten nicht einen Wert in sich, der den Zugriff aus welchen Interessen auch immer begrenzt?

2. Quellen der Entscheidungen in der Theologie

Es gibt in der Theologie verschiedene Quellen, die zur Beurteilung der Fragestellung herangezogen werden sollten: Es sind dies die Schrift (die Bibel), die Tradition – denn die Kirche hatte 2000 Jahre Zeit, sich Gedanken zu machen – und es sind die Zeichen der Zeit, das, was uns als Theologen/-innen in der gegenwärtigen Zeit von Gott offenbar wird.

2.1 Schrift (Bibel)

Die Schrift weist darauf hin, dass der Mensch schon das Ansehen Gottes genießt, *wenn* er noch nicht geboren ist. So heißt es in *Psalm 139, 13-16*:

> *Denn du hast mein Inneres geschaffen, mich gewoben im Schoß meiner Mutter. Ich danke dir, dass du mich so wunderbar gestaltet hast. Ich weiß: Staunenswert sind deine Werke. Als ich geformt wurde im Dunkeln, kunstvoll gewirkt in den Tiefen der Erde, waren meine Glieder dir nicht verborgen. Deine Augen sahen, wie ich entstand.*

Der Befund ist eindeutig: Schon während des Entstehens des Kindes im Mutterleib ist es angesehen von Gott. Es genießt somit Menschenwürde, es genießt Ansehen in den Augen Gottes. Dazu kann man noch weitere Schriftstellen heranziehen, etwa *Jesaja 49,1*: „Der Herr hat mich schon im Mutterleib berufen; als ich noch im Schoß meiner Mutter war, hat er meinen Namen genannt."

Hier ist explizit die Namensnennung erwähnt – einen Namen bekommt, was geliebt und geachtet ist.

2.2 Tradition

Die katholische Kirche hat sich seit Jahrhunderten mit der Frage nach dem Beginn des menschlichen Lebens beschäftigt. Schon in den ersten Jahrhunderten nach Christus setzte sie sich mit den philosophischen Theorien über die Entstehung der menschlichen Seele (Aristoteles, Stoa) auseinander. Dabei entstand unter den ersten Christen ein „Schulstreit über die Art und den Zeitpunkt der Erschaffung der Seele. Einig war man sich nur darüber, dass die (menschliche) Seele ihrem Wesen nach rein geistig ist und von außerhalb der Welt stammt" (Demel 1995). Während der Traduzianismus die Auffassung vertrat, dass der Leibesfrucht im Augenblick der Zeugung die menschliche Seele „übertragen" (Demel 1995) wird, war der Kreatianismus der Überzeugung, dass die „Seele nicht aus etwas erzeugt, sondern von Gott aus nichts erschaffen wird […] – Gott schafft […] beim Zeugungsakt der Eltern die Seele und gibt sie dem elterlichen ‚Zeugungsprodukt' bei" (Demel 1995).

Für *Tertullian* (160-220) begann das „Mensch-Sein erst […] ca. am 40. Tag nach der Empfängnis“ (Demel 1995). *Gregor von Nyssa* (335-394) dagegen war der Auffassung, dass das „Menschsein schon mit der Zeugung“ (Demel 1995) beginnt.

Heute ist die Kirche der Auffassung, die *Johannes XXIII* in der Enzyklika Mater et Magistra im Jahre 1961 betont: „Das Leben des Menschen muss nämlich von allen für etwas Heiliges gehalten werden: denn es erfordert von seinem Anbeginn an das Wirken Gottes des Schöpfers“ (Johannes XXIII., Enzyklika Mater et Magristra).

Der zweite Traditionsstrang, der an dieser Stelle eine Bedeutung hat, ist die kirchliche Bestattungspraxis über die Jahrhunderte. Entscheidend für eine Bestattung war in der Vergangenheit die Taufe, denn ohne sie – so glaubten große Teile der Kirche und Eltern verstorbener Kinder – kamen diese Kinder nicht in den Himmel. Ihr Aufenthaltsort nach dem Tod war nicht die glückselige Gottesschau, sondern der Limbus puerorum – der Saum des Himmels. Entsprechend wurden die Kinder auch nicht auf dem christlichen Friedhof, dem „Gottesacker“ bestattet, sondern maximal an seinem Rand.

Die damit verbundenen Ängste und die Erschwernis der Trauer der Eltern sorgte für teilweise heute seltsam anmutende seelsorgliche Praktiken, wie die Taufe auf Verdacht, wo z.B. nach Ursberg bis ins 17. Jahrhundert viele Menschen mit ihren toten, ungetauften Kindern pilgerten und diese dann auf den Verdacht hin, sie würden noch leben, weil z.B. eine Feder von den Lippen gepustet wurde, getauft wurden. Darüber hinaus gab es Intrauterintaufspritzen, mit deren Hilfe Wasser auf das noch im Mutterleib lebende Kind gespritzt werden konnte. So waren die Kinder auf jeden Fall bei einer lebensgefährlichen Geburt getauft. Sie hatten dann zwar keine Möglichkeit mehr zu leben, aber die Eltern hatten den Trost, dass ihr Kind im Jenseits Gott schauen würde. Dieses theologische Konstrukt, das übrigens nie offizielle katholische Lehrmeinung geworden ist, wurde 2007 von der internationalen theologischen Kommission abgeschafft (Internationale theologische Kommission 2007).

Kirchliche Krankenhäuser sammelten noch in der jüngsten Vergangenheit tot geborene Kinder und stellten sie ohne das Wissen ihrer Mütter, teilweise sogar unter falschen Versprechungen wie einem christlichen Begräbnis, der Forschung zur Verfügung bzw. lagerten die Leichen dieser Kinder zu Anschauungszwecken in Krankenpflegeschulen auf unwürdige Art und Weise – z.B. in einem alten Gurkenglas, bei dem noch nicht einmal das Etikett vollständig entfernt war.

Es hat an dieser Stelle lange gedauert, bis sich die Kirche auf das Wesentliche konzentriert hat – die in der Bibel den ungeborenen Kindern zugesagte Menschenwürde. Zu ihrer eigenen Botschaft dürfte sie wohl auch durch die Trauer der Eltern bekehrt worden sein (vgl. Internationale theologische Kommission 2007).

Gott ist der Schöpfer dieser Kinder. Frühaborte und Totgeburten sind nicht über die Art ihrer Geburt zu definieren, sondern sind Person von Anfang an – deshalb haben sie ein Recht auf Bestattung!

2.3 Gegenwart – die Zeichen der Zeit

In Göttingen gibt es seit 2001 ein Grabfeld für tot geborene Kinder unter 500g Geburtsgewicht. Es ist ein von den Eltern liebevoll gestalteter Ort direkt bei der Bestattungskapelle – mitten auf dem Friedhof.

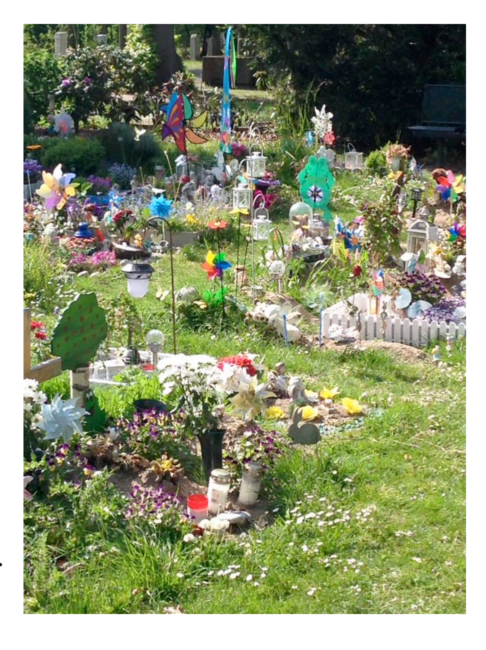


Abb. 2: Kindergrabfeld auf dem Friedhof St. Petri/Weende, Göttingen

Regelmäßig werden hier dreimal jährlich ca. 200 Kinder in einer Sammelbestattung durch die Selbsthilfegruppe „Regenbogen Göttingen“, die Kirchengemeinde St. Petri/Weende und die katholische und evangelische Klinikseelsorge bestattet. Im Sarg werden die Kinder in kleine Schlafsäcke oder Tücher, die die Eltern zur Verfügung stellen, bestattet. Die von den Eltern mitgegebenen Tücher können teils Kuscheldecken von älteren Kindern sein, ein extra für dieses Kind gehäkelter Schlafsack oder auch ein Kuscheltier, in das es gelegt werden soll.



Abb. 3: Schlafsäcke

Wenn ein Kind gestorben ist, tätowieren sich Mütter z.B. die Fußabdrücke der Kinder auf die Innenseite des Handgelenks, einem sehr empfindlichen Ort – nahe an ihrem Herzen.



Abb. 4: Tattoo

Die Eltern haben verschiedene Vorstellungen davon, wo ihr Kind jetzt ist. Häufig werden diese Kinder „Sternenkinder" genannt. Aber es wird auch gesagt, dass sie in den Herzen der Eltern bleiben. Mütter und Väter nennen sich, selbst wenn sie keine anderen Kinder haben, gegenüber diesen Kindern „Mama und Papa".



Abb. 5: Gesteck



Es gibt einen jährlichen Gedenkgottesdienst für verstorbene Kinder – das „Candlelighting“, bei dem für jedes verstorbene Kind eine Kerze angezündet wird.

Abb. 6: Candlelighting St. Petri/Weende, Göttingen

Mütter und Väter erkennen ihre verstorbenen Kinder als Kinder an. Für sie ist ein Ausspruch wie „das war ja noch nichts“ daher nicht weniger als eine emotionale Katastrophe, weil nicht anerkannt wird, was sie verloren haben. Für sie ist der Mensch gestorben, der aus ihrer Liebe gezeugt wurde. Es ist mit ihrem Kind nicht die Vergangenheit, sondern die Zukunft gestorben.

3. Fazit

Aus theologischer Perspektive ist es richtiger, von tot geborenen Kindern zu sprechen, als diese Kinder über die Art und Weise ihrer Geburt zu definieren. Sie sind also nicht „Frühaborte“ oder „Totgeburten“, sondern „tot geborene Kinder“. Es geht um Personen mit voller Menschenwürde von Anfang an. Deshalb sollten sie in jedem Fall bestattet werden.

Analog zur Forschung an Körperspendern/-innen könnte die Forschung an tot geborenen Kindern mit Einverständnis der Mütter oder Väter geschehen. Im Anschluss an die Erforschung sollten sie dann allerdings aus den hier vorgestellten Gründen zeitnah bestattet werden. Eine Bewahrung über Jahre oder gar Jahrzehnte ohne Bestattung ist aus theologischer Sicht nicht zu vertreten.

Literaturverzeichnis

Die Bibel, Einheitsübersetzung. Gesamtausgabe. Psalmen und Neues Testament. Ökumenischer Text, Stuttgart 2007.

Demel, Sabine, Abtreibung zwischen Straffreiheit und Exkommunikation. Weltliches und kirchliches Strafrecht auf dem Prüfstand, Stuttgart 1995.

Internationale theologische Kommission, Die Hoffnung auf Rettung für ungetauft gestorbene Kinder, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_documents/rc_con_cfaith_doc_20070419_un-baptised-infants_ge.html [abgerufen am 17.08.2016].

Johannes XXIII., Enzyklika Mater et Magristra, DH 3959, in: Denzinger, Heinrich (hrsg. von Peter Hünermann), Kompendium der Glaubensbekenntnisse und kirchlichen Lehrentscheidungen, Freiburg 2005.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: privat

Abb. 2: Stephanie Pache

Abb. 3: Stephanie Pache

Abb. 4: privat

Abb. 5: Stephanie Pache

Abb. 6: Stephanie Pache

Fehlgeburt und Totgeburt: Der nicht lebend zur Welt gekommene Mensch im Recht

Dr. iur. A. Katarina Weilert, LL.M.[1]

1. Einleitung

Die gesellschaftliche Verständigung über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten ist einem Wandel unterworfen und wird seit etwa dem ausgehenden 20. Jahrhundert von einem neuen Bewusstsein geprägt. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sich die Einstellung gegenüber dem Leichnam ganz allgemein im europäischen Kulturkreis im 20. Jahrhundert verändert hat, besonders aber darauf, dass das moralische Empfinden gegenüber fehl- bzw. totgeborenen Menschen schon aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Überlebenschancen extrem Frühgeborener wesentlich sensibler ausgeprägt ist. Allein zahlenmäßig betrachtet ist die Frage, ob Fehl- und Totgeborene beerdigt, der Wissenschaft anheimgestellt, sonst „verwertet" oder einfach entsorgt werden sollten, von einiger Relevanz. Mediziner schätzen, dass 30 bis 40 Prozent aller (teils auch unbemerkten) Schwangerschaften

---

[1] Dr. iur. A. Katarina Weilert, LL.M ist wissenschaftliche Referentin an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (Institut für interdisziplinäre Forschung) in Heidelberg. Mein Dank gilt Prof. Dr. Gunnar Duttge für anregende Diskussionen sowie stud. iur. Jan Sereda-Weidner und stud. iur. Johannes Matzko für Recherchen und redaktionelle Unterstützung bei der Fertigstellung des Manuskriptes.

mit einer Fehlgeburt enden.[2] Ungefähr 2500 Kinder kommen jährlich in Deutschland als Totgeburten zur Welt.[3] In der juristischen Literatur und Jurisprudenz hat die rechtliche Stellung von Fehl- und Totgeburten bisher nur am Rande Beachtung gefunden. Dennoch ist auch dieser Bereich in weiten Teilen durch spezifische Gesetze geregelt, und zwar vor allem im Personenstandsrecht sowie im Friedhofs- und Bestattungsrecht. Darüber hinaus können zentrale Aussagen aus dem Verfassungsrecht abgeleitet werden.

2. Fehlgeburt und Totgeburt im Personenstandsrecht

Das Personenstandsrecht, das bundesweit einheitlich gilt, ist im Personenstandsgesetz (PStG) und der Personenstandsverordnung (PStV) geregelt. Mit Personenstand ist in diesem Zusammenhang die familienrechtliche Stellung einer Person innerhalb der Rechtsordnung einschließlich ihres Namens gemeint (§ 1 Abs. 1 PStG). Dazu zählen also auch Daten über die Geburt und den Tod eines Kindes. Die Standesämter führen das Personenstandsregister (§ 3 PStG) und damit sowohl ein Geburten- als auch ein Sterberegister. Zum Zwecke der personenstandsrechtlichen Erfassung definiert das Personenstandsrecht, wann eine Lebendgeburt, Totgeburt oder Fehlgeburt vorliegt.[4]

2.1 Begriffsdefinition

Eine Lebendgeburt liegt nach § 31 Abs.1 PStV vor, wenn nach Scheidung vom Mutterleib der Herzschlag eingesetzt, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung begonnen hat. Dabei ist es unerheblich, ob das Kind überlebensfähig ist – entscheidend ist allein der kurze Moment des Lebendigseins nach der Geburt.[5] Unter der Geburt im Sinne des Personenstandsgesetzes wird das „vollständige Ausscheiden des Kindes aus dem Mutterleib" verstanden, ohne dass die Nabelschnur notwendigerweise durchtrennt sein müsste.[6] Mit der Vollendung der Geburt erlangt das Kind die Rechtsfähigkeit nach § 1 BGB. Der strafrechtliche Schutz setzt dagegen früher ein: Die Abgrenzung zwischen (ggf. straflosem)

---

[2] T. McNair/K. Altman, Miscarriage and Recurrent Pregnancy Loss, in: K. Joseph Hurt et al. (Hrsg.), The John Hopkin´s Manual of Gynecology and Obstetrics, 4. Aufl., Philadelphia 2011, S. 438.

[3] Totgeburten ab 500 Gramm werden im Statistischen Jahrbuch erfasst. Im Jahr 2012 gab es 2400 Totgeburten, im Jahr 2013 kamen 2556 Kinder mit mind. 500 Gramm tot zur Welt.

[4] Vgl. § 73 Nr. 18 PStG: Ermächtigung für eine Rechtsverordnung (PStV) über die Begriffsbestimmung für tot geborene Kinder und Fehlgeburten.

[5] Vgl. B. Gaaz, in: Personenstandsgesetz, Handkommentar, 3. Aufl., Frankfurt am Main 2014, § 18 Rn. 10.

[6] B. Gaaz, in: oben Fn.5, § 18 Rn. 8.

Schwangerschaftsabbruch und Totschlag verläuft an den Eröffnungswehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das Kind „ein Mensch" im Sinne des § 212 StGB.[7]

Eine Totgeburt wird nach § 31 Abs. 2 PStV dadurch bestimmt, dass kein einziges Merkmal einer Lebendgeburt vorhanden, das Kind aber mindestens 500 Gramm schwer ist. Alle Geborenen unter 500 Gramm, die keines der Merkmale einer Lebendgeburt aufweisen, werden nach § 31 Abs. 3 PStV als „Fehlgeburt" bezeichnet.[8] Eine weitere Abstufung, z.B. im Hinblick auf die medizinische Abgrenzung zwischen Embryonal- und Fetalentwicklung, kennt das Personenstandsrecht nicht. Damit verläuft die entscheidende Abgrenzung zwischen einer Tot- und Fehlgeburt an der 500-Gramm-Grenze.

Ein Sonderfall bildet die Mehrlingsgeburt: „Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 3 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist" bei der nicht mindestens ein Kind als Lebendgeburt oder Totgeburt zu beurkunden ist. (§ 31 Abs. 4 PStV). Der Sinn dieser Sonderregelung liegt auf der Hand: Alle Mehrlinge sollen rechtlich gleichbehandelt werden, auch wenn ein Mehrling durch schwächere intrauterine Versorgung weniger weit entwickelt ist. In diesem Falle ist also die 500-Gramm-Grenze für den weniger weit entwickelten Mehrling irrelevant.

Dies zeigt aber auch, dass die 500-Gramm-Grenze eine willkürliche ist. Wie noch zu zeigen sein wird, ist sie aus verfassungsrechtlicher Perspektive ohne Belang. Übrigens verlief die Grenze zwischen Totgeburt und Fehlgeburt vor 1994 bei 1000 Gramm.[9] Mit der Herabsetzung auf 500 Gramm wurde eine von der WHO bereits im Jahr 1977 ausgesprochene Empfehlung umgesetzt.[10] Sicherlich ausschlaggebend für die Herabsetzung der Gewichtsgrenze ist auch der medizinische

---

[7] BGHSt 32, 194 ff. (Leitsatz: „Bei regulärem Geburtsverlauf wird die Leibesfrucht zum Menschen im Sinne der Tötungsdelikte mit dem Einsetzen der Eröffnungswehen"); H-G. Koch, Zur Abgrenzung der Abtreibungsregeln von den Tötungstatbeständen, MedR 1985, 84 f.; zum Beginn des Lebensschutzes nach § 212 StGB bei Kaiserschnitt s. U. Cremer, Strafrechtlich relevantes Abgrenzungskriterium zwischen „Leibesfrucht" und Mensch bei der abdominalen Schnittentbindung, MedR 1993, 421 ff.; A. Eser/D. Sternberg-Lieben, in: Schönke/Schröder (Hrsg.), Strafgesetzbuch Kommentar, 19. Aufl., München 2014, Vor §§ 211 ff. Rn.13.

[8] Das Wort „Fehlgeburt" wird zu Recht kritisiert, weil es dem Empfinden nach ein wertendes Wort ist, in dem etwas „fehlerhaftes" zum Ausdruck kommt, siehe T. F. Barthel, in: Gaedke/Diefenbach/Barthel, Handbuch des Friedhofs- und Bestattungsrechts, 11. Aufl., Köln 2016, S. 160.

[9] Zur Rechtshistorie siehe S. Rixen, Die Bestattung fehlgeborener Kinder als Rechtsproblem, FamRZ 1994, 417 (421); C. Ullmann, Neues Kriterium für Fehlgeburt, NJW 1994, 1575.

[10] C.-M. Leeb/M. Weber, Die rechtliche Einordnung von Tot-und Fehlgeburten, StAZ 2013, 365 (366); Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Vol. 1, WHO Genf 1977. Die vorgeschlagene Grenze der WHO galt schon, als das PStG 1979 geändert wurde – damals strich man das Erfordernis einer bestimmten Länge (35 cm) und einigte sich auf die 1000-Gramm-Grenze (s. hierzu M. Sachse, „Totgeburt" und „Fehlgeburt" neu definiert, StAZ 1980, 270 (270).

Fortschritt gewesen, durch den heute schon extrem früh geborene Kinder am Leben erhalten werden können.[11]

Die Definition des Personenstandsrechts, nach der eine Totgeburt erst ab einem Geburtsgewicht von 500 Gramm vorliegt, hat unmittelbare Folgewirkungen für die Beurkundung im Geburtenregister und mittelbare Auswirkungen im Friedhofs- und Bestattungsrecht.

2.2 Aufnahme in das Geburtenregister

In das Geburtenregister werden sowohl Lebend- als auch Totgeburten eingetragen. Daher besteht insoweit auch eine Anzeigepflicht (§ 18 PStG). Bei den Lebendgeburten werden der Name des Kindes, sein Geschlecht sowie Ort und Zeitpunkt der Geburt beurkundet. Wird ein Kind tot geboren, so findet grundsätzlich kein Namenseintrag statt, auf Wunsch der Eltern ist es aber möglich, dass auch das tot geborene Kind mit Namen in das Geburtenregister aufgenommen wird (§ 21 Abs. 2 S. 2 PStG). Selbstverständlich wird auch vermerkt, dass das Kind nicht lebend, sondern tot geboren wurde. Die Möglichkeit, auch dem tot geborenen Kind „einen offiziell vermerkten" Namen zu geben, fand erst erst 1998 durch entsprechende Gesetzesänderung[12] Berücksichtigung.[13] Eltern eines totgeborenen Kindes erhalten eine Geburtsurkunde (mit Sterbevermerk).

Während Totgeburten, also Feten über 500 Gramm, in das Geburtenregister aufgenommen werden, ist dies für Fehlgeburten nicht der Fall. Bis Mai 2013 gab es für fehlgeborene Kinder keine „offizielle" Sichtbarmachung ihrer Existenz. Um das bis dahin geltende Personenstandsrecht zu ändern, richtete eine Initiative von sogenannten Sternenkinder-Eltern, die weit reichende Unterstützer fand, eine Petition an den Bundestag.[14] Nach heute geltendem Recht besteht die Möglichkeit, auch Fehlgeburten dem Standesamt anzuzeigen (§ 31 Abs. 3 S. 3 PStV). Allerdings wird das fehlgeborene Kind nicht in das Geburtenregister aufgenommen. Das Standesamt kann aber eine Bescheinigung über die Geburt des fehlgeborenen Kindes erteilen (§ 31 Abs. 3 S. 4 PStV). Diese Bescheinigung ist keine Personenstandsurkunde nach § 55 PStG und kein Beweis für eine Fehlgeburt, sondern lediglich eine Dokumentation, dass eine solche Anzeige beim Standesamt stattgefunden hat.[15] In dem für die Bescheinigung vorgesehen Formular kann auch der prospek-

---

[11] Vgl. auch B. Gaaz, in: oben Fn. 5, § 18 Rn. 11, der davon ausgeht, dass die 500-Gramm-Grenze so gewählt wurde, weil nach (damaligen) medizinischen Erkenntnissen eine Leibesfrucht ab einem solchen Gewicht lebend zur Welt kommen kann.

[12] Eheschließungsrechtsgesetz vom 4.5. 1998, BGBl I S. 833.

[13] Ausführlich hierzu S. Rixen, Namensbeurkundung bei totgeborenen Kindern, FamRZ 1999, 265-269.

[14] http://www.welt.de/politik/deutschland/article106264608/Sternenkinder-sollen-als-Personen-gelten.html (letzter Abruf 31.01.2017).

[15] B. Gaaz, in: oben Fn. 5, § 18 Rn. 27.

tive Vor- und Familienname aufgenommen werden. Für die Anzeige fehlgeborener Kinder und die Aushändigung einer offiziellen Bescheinigung gelten weder Mindestgewicht noch Mindestgröße oder Mindestgestationsalter. Auch sind die Anforderungen an die zu erbringenden Nachweise sehr niederschwellig angesetzt. Es reicht beispielsweise die Vorlage des Mutterpasses, sofern dort die Fehlgeburt vermerkt ist.[16]

3. Fehlgeburt und Totgeburt im Friedhofs- und Bestattungsrecht

Die Regelung des Friedhofs- und Bestattungsrechts liegt in der Kompetenz der einzelnen Bundesländer (Art. 70 Abs. 1 GG). In Bezug auf die Bestattung von tot- und fehlgeborenen Kindern haben die einzelnen Länder regelungstechnisch sehr unterschiedliche Gesetze verabschiedet.[17] Die Ländergesetze knüpfen überwiegend an die personenstandsrechtlichen Definitionen von Lebend-, Tot- und Fehlgeburt an. Allerdings geschieht dies nicht einheitlich. Auch die alte 1000-Gramm-Grenze als Kriterium der Unterscheidung von Tot- und Fehlgeburt leuchtet mitunter in den Landesgesetzen wieder auf, zwar nicht als Definition für eine Totgeburt, wohl aber als Maßgabe für die Bestattungspflicht.[18]

Alle Leichen – und damit unzweifelhaft alle verstorbenen Lebendgeburten – müssen bestattet werden.[19] Dies gilt sowohl aus Gründen der Würde des verstorbenen Menschen als auch der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie der Gesundheit (Hygieneanforderungen). Unterschiedlich geregelt ist, ob Totgeborene und Fehlgeborene als „Leichen" im Sinne des jeweiligen Gesetzes gelten können bzw. ob sie rechtlich „wie Leichen zu behandeln" sind.[20] Auch kennen die Landesgesetze teilweise eine eigene Kategorie der „während der Geburt verstorbenen"

[16] B. Gaaz, in: oben Fn. 5, § 18 Rn. 30.

[17] Eine Übersicht zur Rechtslage Anfang der 90er Jahre findet sich bei S. Rixen, oben Fn. 9, 417-425.

[18] § 15 I S.2 BestattG BE, § 19 I S.2 BbgBestG, § 17 I S.3 LeichWG BR, § 10 I S.2 BestattG HA, § 9 I S.2 BestattG M-V, ferner auch § 25 III BestattG Saarland.

[19] T. F. Barthel, in: oben Fn. 8, S. 158.

[20] Vgl. § 30 I BestattG BW (Totgeborene zählen zu Verstorbenen); § 6 I BestG Bayern (für Totgeborene gelten die Vorschriften über Leichen sinngemäß); § 1 I BestattG BE (Totgeborene gelten als Leichen); § 3 I BbgBestG (Totgeborene gelten als Leichen); § 1 I LeichWG BR (Totgeborene gelten als Leichen); § 10 I BestattG HA (Totgeborene über 1000 g sind Leichen); § 16 I FBG Hessen sowie Anlage 1 (Totgeborene sind Leichen, wenn sie nach Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats geboren wurden); § 1 BestattG M-V (Totgeborene gelten als Leichen); § 2 I BestattG Niedersachsen (Totgeborene sind Leichen); § 1 I u. § 13 I u. § 14 II BestG NRW (Begriffliche Differenzierung zwischen Leichen und Totgeborenen); § 8 II BestG Rheinl.-Pf. (Totgeborenes ist keine Leiche, aber Gesetz wird entsprechend angewendet); § 12 II BestattG Saarland; § 9 SächsBestG (Totgeborene gelten als Leichen); § 2 BestattG LSA (Totgeborenes ist Leiche); § 2 BestattG Schleswig-Holstein (Totgeborenes ist Leiche); § 3 I ThürBestG (Totgeborenes ist Leiche).

Leibesfrucht[21], die bei Erreichen der 500-Gramm-Grenze zur Totgeburt gezählt werden.

In neun Bundesländern gilt eine Bestattungspflicht für Tot- und Lebendgeburten durch die Angehörigen ab einem Geburtsgewicht von 500 Gramm.[22] Damit knüpft die Mehrheit der Länder an das im Personenstandsrecht vorgegeben Kriterium der 500-Gramm-Grenze für eine Totgeburt an. Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern normieren eine Bestattungspflicht für Totgeborene durch die Angehörigen erst ab 1000 Gramm (während verstorbene Lebendgeburten unabhängig ihres Gewichts immer zu bestatten sind). Dies erinnert an die alte 1000-Gramm-Grenze des Personenstandsrechts. Nur Hessen, das für Totgeburten eine Bestattungspflicht erst nach dem 6. Schwangerschaftsmonat vorsieht, stellt keinen sichtbaren Bezug zum Personenstandsrecht her.[23]

Eine Bestattungspflicht für Fehlgeburten (nach der personenstandsrechtlichen Definition) durch die Angehörigen besteht damit in keinem Bundesland. Mittlerweile haben aber alle Bundesländer für die Eltern ein Bestattungsrecht für Fehlgeburten vorgesehen – dies war noch in den 1990er Jahren anders.[24] Dieses Recht gilt fast überall ohne eine Untergrenze mit Blick auf Gewicht, Größe oder Alter des Fetus. Bremen hat aber ausdrücklich normiert, dass ein Bestattungsrecht nur für Fehlgeburten ab der 12. Woche nach der Empfängnis besteht, aber in begründeten Einzelfällen eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden kann (§ 17 Abs. 3 Leichenwesengesetz Bremen). Die Mehrheit der Länder hat darüber hinaus auch eine diesbezügliche Hinweispflicht verankert. Ohne diese Hinweispflicht läuft das Bestattungsrecht fast leer, denn werdende Eltern sind meist von einer Fehlgeburt völlig überrumpelt und haben sich – zumal wenn es ihre erste Fehlgeburt ist – in aller Regel nicht mit der Frage einer Bestattung auseinandergesetzt. Daher wäre es zu begrüßen, wenn die Hinweispflicht flächendeckend in allen Bundesländern aufgenommen würde.[25] Nun kann natürlich nicht davon ausgegangen werden, dass alle werdenden Eltern einer Fehlgeburt auch tatsächlich von ihrem Bestattungsrecht Gebrauch machen wollen, entweder, weil sie es für nicht notwendig erachten, oder auch, weil die Kosten einer individuellen Bestattung für sie zu hoch sind. Im Umgang mit diesen Fehlgeburten divergieren die einzelnen Landesgesetze beträchtlich. Neun Bundesländer sehen eine Bestattung (in der Regel eine Sammelbe-

---

[21] Baden-Württemberg: § 30 I BestattG BW; Bayern: Art.6 I S.1 BestG; Rheinland-Pfalz: § 8 II S.2 BestG; Saarland: § 25 II S.1 BestattG; Schleswig-Holstein: § 2 Nr.4 BestattG.

[22] Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen für Totgeborene ab 500 Gramm; Rheinland-Pfalz, Saarland für Totgeborene ab 500 Gramm; Sachsen für Totgeborene ab 500 Gramm; Sachsen-Anhalt für Totgeburten ab 500 Gramm; Schleswig-Holstein.

[23] Die Hessische Regelung (§ 16 FBG) ist allerdings mit der Nennung des Schwangerschaftsmonats ungenau, da medizinisch (und im Mutterpass vermerkt) in Schwangerschaftswochen gezählt wird.

[24] Vgl. S. Rixen, oben Fn. 9, mit den Einzelheiten zur damaligen Rechtslage in den einzelnen Bundesländern.

[25] Keine Hinweispflicht findet sich in den entsprechenden Gesetzen Brandenburgs, Hamburgs, Hessens, des Saarlandes, Sachsens und Sachsen-Anhalts.

stattung) dieser Fehlgeburten meist durch den Träger der Einrichtung vor.[26] Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen differenzieren dabei nach dem Alter und verankern die Sammelbestattung nur für Fehlgeburten ab der der 12. Schwangerschaftswoche. Manche dieser Länder, wie Baden-Württemberg[27], Bayern[28], Hamburg[29] und Sachsen[30], bestimmen ausdrücklich, dass die Fehlgeborenen vorerst nicht bestattet werden müssen, wenn sie für wissenschaftliche, medizinische oder pharmazeutische Zwecke verwendet werden (wobei nicht alle Bundesländer alle drei Zwecke erlauben). Die sieben Bundesländer[31], die keine Bestattungspflicht für Fehlgeborene normiert haben, schreiben überwiegend für die „Beseitigung" oder „Entsorgung" der Fehlgeburten vor, dass diese „hygienisch einwandfrei" und „dem sittlichen Empfinden entsprechend" zu erfolgen habe (sofern sie nicht für medizinische, pharmazeutische oder wissenschaftliche Zwecke verwendet werden). Insgesamt erlauben elf Bundesländer ausdrücklich die Verwendung der Fehlgeborenen für wissenschaftliche (oder teils auch medizinische und pharmazeutische) Zwecke. Teilweise gilt hier ein Zustimmungserfordernis der Eltern. Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein treffen bezüglich der wissenschaftlichen Verwendung keine spezifische Regelung. Die Regelung der Obduktion und Untersuchung von Leichen etwa im Rahmen der medizinischen Forschung und Ausbildung wird teilweise durch eigene Sektionsgesetze der Länder geregelt.[32] Unklar ist, ob verstorbene Embryonen und Feten auch von diesen Gesetzen umfasst sind. Dem Wortlaut nach beziehen sich die Regelungen auf Leichen, ein Begriff, der im Bestattungsrecht nicht für Fehlgeborene, häufig aber für Totgeburten, verwendet wird.[33]

Die landesrechtlichen Vorschriften enthalten allerdings keine Ermächtigung zur Entnahme von Organen oder Geweben bei einem toten Embryo oder Fötus. Hier greift die Spezialregelung des § 4a Transplantationsgesetz (TPG), der 2007

---

[26] Eine Pflicht zur (Sammel)bestattung gibt es in Baden-Württemberg (§30 III 2 BestattG BW), Bremen (§17 IV 1 LeichWG BR), Nordrhein-Westfalen (§14 II 3 BestG NRW) und Rheinland-Pfalz (§8 II 5 BestG Rheinl.-Pf.); Hamburg lässt die Form einer Einzel- oder Sammelbestattung offen (§10 II 1 BestattG HA); in Mecklenburg-Vorpommern (§9 I 5 BestattG M-V) gilt eine Bestattungspflicht (als Einzel- oder Sammelbestattung) für Fehlgeborene ab 12. Woche; Bayern normiert die Einzel- oder Sammelbestattung (Art. 6 I 3 und 4 BestG Bayern); Sachsen kennt Einzelbestattung, Sammelbestattung und anonyme Bestattung für Fehlgeborene und Feten aus Schwangerschaftsabbrüchen (§ 18 VI SächsBestG); in Thüringen muss eine „würdige Bestattung" für Fehlgeborene und Leibesfrüchte aus Schwangerschaftsabbrüchen nach der 12. Schwangerschaftswoche stattfinden: sie „soll" als Sammelbestattung erfolgen (§ 17 II ThürBestG). Alle anderen Bundesländer kennen keine Bestattungspflicht für Fehlgeborene.

[27] § 30 IV BestattG BW.

[28] Art. 6 I BestG Bayern.

[29] § 10 II BestG HA.

[30] § 18 VI SächsBestG.

[31] Berlin, Brandenburg, Saarland, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein.

[32] Andere Bundesländer regeln die Sektionen zu wissenschaftlichen Zwecken und Obduktionen im Bestattungsrecht, vgl. § 17 V sowie § 11 LeichWG BR; §§ 43 ff. BestattG Saarland.

[33] S. oben Fn. 20.

durch das Gewebesetz neu Eingang in das TPG fand. Danach ist die Gewebe- oder Organentnahme unter bestimmten Voraussetzungen, darunter der Zustimmung der Frau, die mit dem Embryo oder Fötus schwanger war, zulässig. In Verschärfung der sonstigen Regelungen im Blick auf die Einwilligung des Spenders bei Transplantationen muss die Einwilligung hier sogar der Schriftform genügen (§ 4a Abs. 1 Nr. 2 TPG).

4. Fehlgeburt und Totgeburt im Verfassungsrecht

Im Folgenden wird der verfassungsrechtliche Status des nicht lebend zur Welt gekommenen Menschen skizziert und benannt, wo sich Divergenzen zum zuvor dargestellten einfachen Recht ergeben, die einer verfassungskonformen Auslegung bedürfen. Dabei wird maßgeblich auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts abgestellt, sofern Rechtsfragen berührt werden, zu denen es eine relevante Judikatur gibt.

4.1 Verfassungsrechtliche Kernaussagen über das werdende Leben

Das Bundesverfassungsgericht hat in zwei Urteilen zum Schwangerschaftsabbruch in den Jahren 1975[34] und 1993[35] die Grundlagen für den rechtlichen Status ungeborenen menschlichen Lebens gelegt. Im ersten Urteil entwickelte das BVerfG die sog. Schutzpflicht-Doktrin des Staates. Es erkannte eine Verpflichtung des Staates an, das sich entwickelnde Leben in Schutz zu nehmen. Spätestens ab der Nidation[36] falle das ungeborene Leben in den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit). Wörtlich heißt es: „Der damit begonnene Entwicklungsprozeß ist ein kontinuierlicher Vorgang, der keine scharfen Einschnitte aufweist und eine genaue Abgrenzung der verschiedenen Entwicklungsstufen des menschlichen Lebens nicht zuläßt." An dieser Stelle wird deutlich, dass die 500 Gramm-Grenze des Personenstandsrechts keine Schwelle ist, die rechtlich den Beginn des „Menschseins" markiert. Das Verfassungsrecht bildet den Maßstab für das sonstige sog. „einfache" Recht. Daher kann man auch nicht umgekehrt aus dem Personenstandsrecht Rückschlüsse für den verfassungsrechtlichen Status des ungeborenen Lebens ziehen. Der verfassungsrechtliche Lebensschutz ist allerdings für die hier anstehende rechtliche Einordnung des Fehlgeborenen bzw. Totgeborenen noch nicht hinreichend aussagekräftig, sondern vielmehr geht es

[34] BVerfGE 39, 1 ff.

[35] BVerfGE 88, 203 ff.

[36] Für den Bereich *vor* der Nidation bestand kein Anlass des Gerichts, sich zu äußern. Daraus kann aber nicht der Schluss gezogen werden, dass das BVerfG den Schutzbereich der Grundrechte für Embryonen vor ihrer Einnistung versagt hätte. Ebenso ist das Embryonenschutzgesetz Ausdruck einer verfassungsrechtlichen Schutzpflicht für Menschenwürde und Leben (vgl. BTag Drucks. 11/5460, S. 6).

beim postmortalen Schutz um die Frage eines über das Leben hinausreichenden Schutzes. Daher entfaltet die Einbeziehung des Nasciturus in den Menschenwürdeschutz nach Art. 1 Abs.1 GG Bedeutung. „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu",[37] heißt es im ersten Schwangerschaftsabbruchsurteil. Dieser auf das Ungeborene (unabhängig von seinem Entwicklungsstand) bezogene Menschenwürdeschutz wird im zweiten Schwangerschaftsabbruchsurteil wörtlich bekräftigt.[38] Dort führt das Gericht näher aus: „Jedenfalls in der so bestimmten Zeit der Schwangerschaft [gemeint ist der Zeitraum ab der Nidation] handelt es sich bei dem Ungeborenen um individuelles, in seiner genetischen Identität und damit in seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit bereits festgelegtes, nicht mehr teilbares Leben, das im Prozeß des Wachsens und Sich-Entfaltens sich nicht erst zum Menschen, sondern als Mensch entwickelt.[…] Diese Würde des Menschseins liegt auch für das ungeborene Leben im Dasein um seiner selbst willen."[39]

Diese Rechtsansicht des Bundesverfassungsgerichts, nach der der Embryo „jedenfalls" ab der Nidation den Schutz auch der Menschenwürde genießt, ist in der Literatur nicht unbestritten geblieben.[40] Uneinigkeit herrscht besonders über die erste Zeit der Embryonalentwicklung. Dies ist allerdings der Zeitraum, der für den Umgang mit der Fehlgeburt selten relevant wird.[41] Denn bei einem Abgang zu Beginn der Schwangerschaft gibt es meist noch nichts, was bestattungsfähig wäre. Oft enden solche frühen Aborte als Blutung oder es wird von ärztlicher Seite auf einen „natürlichen Abgang" gewartet, um einen ärztlichen Eingriff zu vermeiden. Allerdings gibt es auch Stimmen in der juristischen Literatur, die den Schutz der Menschenwürde erst ab der Geburt[42] zuerkennen. Dass erst die Lebendgeburt die Zäsur für die Anerkennung der menschlichen Würde markiert, ist allerdings schon aufgrund der heutigen medizinischen Kenntnisse und Fortschritte wenig plausibel.[43] Der Mensch ist in den letzten vier Wochen vor der Geburt problemlos

[37] BVerfGE 39, 1 (41).

[38] BVerfGE 88, 203 (252).

[39] BVerfG (ebd.).

[40] Dem BVerfG zustimmend: statt vieler siehe T. M. Spranger, Der Mensch als Sondermüll – Zum Umgang mit Fehlgeburten, NVwZ 1999, 856 (857).

[41] Überblick über die verschiedenen Stufen der Embryonal- bzw. Fetalentwicklung, an die Teile des Schrifttums anknüpfen, um einen abgestuften Lebens- und Menschenwürdeschutz zu begründen: H. Schulze-Fielitz, in: Dreier, Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 3. Aufl., München 2013, Art. 2 II Rn. 28.

[42] In diese Richtung auch H. Dreier, in: Dreier, Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 3. Aufl., München 2013, Art. 1 I Rn. 73 (in der pränatalen Phase der Schwangerschaft sei „die Postulierung einer Menschenwürde des Ungeborenen kaum konsistent durchzuhalten") und Rn. 78 (Fötus vor seinem Absterben nicht Träger der Menschenwürde); N. Hoerster, Neugeborene und das Recht auf Leben, Frankfurt am Main 1995 (stw 1215), S. 26-28; N. Hoerster, Forum: Ein Lebensrecht für die menschliche Leibesfrucht?, JuS 1989,172 (173); noch weitgehender. P. Singer, Schwangerschaftsabbruch und ethische Güterabwägung in: Sass (Hrsg.), Medizin und Ethik, Stuttgart 1989, S. 139-159.

[43] Vgl. dazu eingehend A. K. Weilert, in: Spätabbruch oder Spätabtreibung – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?, Tübingen 2011, S. 285 (286 ff.).

außerhalb des Mutterleibes und ohne medizinische Unterstützung lebensfähig. Auf der anderen Seite ist der frisch geborene Säugling vollkommen unselbständig und sein Gehirn nur rudimentär ausgebildet. Die Geburt ist zwar bedeutungsvoll für Eltern und die Gesellschaft, die von nun an direkt und nicht nur „durch die Bauchdecke“ hindurch Kontakt zum Kind aufnehmen können. Jedoch hängt die Würde eines Menschen nicht von der Tatsache ab, inwiefern andere Personen zu ihm in Beziehung treten können. Auch aus der Perspektive des Kindes selbst, das sicherlich mit seiner Geburt die weitreichendste Veränderung seines Lebens erfährt, kann allein die Umstellung von Atmung, Nahrungsaufnahme und Umwelterfahrung nicht eine Zäsur bewirken, von der an das Kind einen würdebegründenden Entwicklungsschritt vollzieht. Ist also die Geburt kein würdebegründendes Ereignis, steht in Frage, ob die Würde mit einer bestimmten Entwicklungsstufe des Embryos oder Fetus´ verbunden ist. Art. 1 Abs. 1 GG knüpft die Zuerkennung der Menschenwürde lediglich an das Menschsein selbst. Daher muss formuliert werden, welche Eigenschaften und Fähigkeiten das Menschsein konstitutiv begründen. Und hier wird es sehr schwierig, zumal jeder hier angelegte Maßstab zugleich auch für geborene Menschen gelten müsste. Das heißt, jedes konstitutiv das Menschsein begründende Merkmal könnte bei Verlust im Laufe des Lebens dazu führen, dass dem Menschen keine Würde mehr zuerkannt wird. Jedenfalls gilt dies, wenn man nicht die Tatsache des (lebend) Geborenseins als Grund für eine Unterscheidung zwischen dem Ungeborenen, das die Fähigkeiten noch nicht besitzt und dem Geborenen, der die Fähigkeiten nicht mehr besitzt, betrachtet. Vor diesem Hintergrund scheiden Anforderungen an kognitive Leistungsfähigkeiten oder das Funktionieren bestimmter Organe oder körperlicher Funktionen aus. Stellte man auf den Beginn des Herzschlags oder der Hirnausbildung ab, deren Ende den Tod des Menschen bedeutet, so begänne die Menschenwürde ab der dritten Woche nach der Befruchtung. Allerdings wären selbst diese Kriterien nicht zwingend, da der Embryo diese Organfunktionen nicht irreversibel verloren hat, sondern prospektiv erwartet. Überzeugend, wenn auch sehr weitreichend, ist vor diesem Hintergrund das Speziesargument: „Mensch ist, wer von Menschen gezeugt wurde“.[44] Dieser Satz bedürfte unter heutigen Möglichkeiten assistierter Reproduktion sicherlich einer Konkretisierung, aber für den hier interessierenden Kontext folgt daraus, dass jede Fehl- und Totgeburt vor Ihrem Ableben als „menschliches Leben“ gilt und Schutz ihrer menschlichen Würde im Sinne von Art. 1 Abs.1 GG genießt.

[44] P. Kunig, in: von Münch/Kunig, Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 6. Aufl., München 2012, Art. 1 Rn. 12. Vgl. auch S. Trieglaff, Der würdevolle Umgang mit dem menschlichen Leichnam, München 2010, S. 69 f.

4.2 Postmortaler Würdeschutz auch für die Fehl- und Totgeburt?

Die thematisch hier interessierende Frage, nach dem Umgang bzw. der Umgangspflicht in Bezug auf Fehl- und Totgeburten, hängt vor allem davon ab, ob dieser schon dem Embryo und Fetus zukommende Würdeschutz auch über seinen Tod hinaus Bedeutung hat. In zwei Schritten kann sich dieser Frage genähert werden: Zunächst ist zu fragen, ob – ganz allgemein – der Würdeschutz des Menschen auch über seinen Tod hinaus eine Bedeutung entfaltet. Anschließend ist zu diskutieren, ob die verfassungsrechtliche Stellung auf Menschen übertragbar ist, die bereits im Mutterleib bzw. in der Geburt verstorben sind.

4.2.1 „Postmortaler Achtungsanspruch" für gestorbene Lebendgeburten

Das BVerfG hat in seiner berühmten Mephisto-Entscheidung aus dem Jahr 1971 ein Fortwirken des Schutzes der Menschenwürde nach Art 1 Abs.1 GG auch nach Eintritt des Todes angenommen.

„Es würde mit dem verfassungsverbürgten Gebot der Unverletzlichkeit der Menschenwürde, das allen Grundrechten zugrunde liegt, unvereinbar sein, wenn der Mensch, dem Würde kraft seines Personseins zukommt, in diesem allgemeinen Achtungsanspruch auch nach seinem Tode herabgewürdigt oder erniedrigt werden dürfte. Dementsprechend endet die in Art. 1 Abs. 1 GG aller staatlichen Gewalt auferlegte Verpflichtung, dem Einzelnen Schutz gegen Angriffe auf seine Menschenwürde zu gewähren, nicht mit dem Tode."[45]

Ein Teil des Schrifttums ist dem gefolgt[46], ein anderer stellt für den Persönlichkeitsschutz des Menschen über seinen Tod hinaus nicht auf die Menschenwürde selbst (Art. 1 Abs. 1 GG), sondern auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs.1 GG) des Verstorbenen ab.[47] In den personellen Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sind aber nach herrschender Auffassung selbst lebende Ungeborene nicht mit einbezogen.[48] Dies leuchtet inso-

---

45 BVerfGE 30, 173 (194). In einem späteren Beschluss führt das BVerfG aus: „Postmortal geschützt wird,…, zum einen der allgemeine Achtungsanspruch, der dem Menschen kraft seines Personseins zusteht, zum anderen der sittliche, personale und soziale Geltungswert, den die Person durch ihre eigene Lebensleistung erworben hat." (BVerfG, NJW 2009, 979 (980).

46 U. Di Fabio, in: Maunz/Dürig, 77. Lieferung, München 2016 Art. 2 Abs. 1 Rn. 226; T. Harks, Der Schutz der Menschenwürde bei der Entnahme fötalen Gewebes – Zur Bedeutung des Zusammenfallens des pränatalen und postmortalem Grundrechtsschutz, NJW 2002, 716 (717); I. Klinge, Todesbegriff, Totenschutz und Verfassung, Baden-Baden 1996, S. 210 ff.; H. Kube, Persönlichkeitsrecht, in: Isensee/ Kirchhof (Hrsg.), HStR VII, 3. Aufl., Heidelberg 2009, § 148 Rn. 73; P. Kunig, in: oben Fn. 44, Rn. 15; Art. 2 Rn. 39; S. Trieglaff, oben Fn. 44, S. 70 ff, 78, geht davon aus, dass auch der menschliche Leichnam „Mensch" ist.

47 R. Gröschner, Menschenwürde und Sepulkralkultur in der grundgesetzlichen Ordnung, Stuttgart 1995, S. 35; differenzierend H. Dreier, in: oben Fn. 42, Rn. 74 ff. Das BVerfG geht dagegen davon aus, dass das Allgemeine Persönlichkeitsrecht einen lebenden Rechtsträger voraussetzt und daher nicht über den Tod hinaus wirkt: BVerfGE 30, 173 (194), BVerfG NJW 2001, 2957 (2959).

48 H. Dreier, in: Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 3. Aufl., München 2013, Art. 2 I Rn. 85; T. Harks, oben Fn. 46, 718; F. Hufen, Grundrechte, 5. Aufl., München 2016, § 11 Rn. 15; U. Di Fabio, in: oben

fern ein, als das Allgemeine Persönlichkeitsrecht den Schutz der Privatsphäre und des „sozialen Geltungsanspruchs des Einzelnen in der Öffentlichkeit" bezweckt.[49] Ungeborene wären nur dann in den Schutz mit einbezogen, wenn man, wie es auch vertreten wird, den postmortalen Achtungsanspruch über das Persönlichkeitsrecht der Hinterbliebenen konstruiert.[50] Das würde jedoch zu kurz greifen, denn es handelte es sich dann nicht um einen originären Achtungsanspruch des Verstorbenen.

Insofern ist hier maßgeblich, ob Toten ein aus Art. 1 Abs.1 GG fortwirkender Achtungsanspruch in Bezug auf die Behandlung ihres Leichnams entgegenzubringen ist und worauf sich dieser erstreckt. Auch wenn ein Toter mangels Rechtssubjektivität selbst nicht mehr Grundrechtsträger sein kann,[51] wird ganz überwiegend aus dem Schutz der Menschenwürde ein Schutz vor herabwürdigender Behandlung des Verstorbenen abgeleitet, wenngleich in einem zeitlich begrenzten Maße.[52] Die rechtliche Konstruktion muss an Erkenntnisse der Theologie, Philosophie und Kulturwissenschaften anknüpfen, da es hier um eine Verfassungsauslegung im Randbereich des Rechts geht, bei deren Beurteilung Erkenntnisse anderer Disziplinen nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Der postmortale Rechtsschutz ist ein eigenes Forschungsfeld, welches hier nur schlaglichtartig beleuchtet werden kann.[53] Hier soll die allgemeine Ansicht vorausgesetzt werden, dass sowohl die „Ehre des Toten" als auch das „Pietätsgefühl der Angehörigen und der Allgemeinheit" einen gewissen grundrechtlichen Schutz erfordern.[54] Kulturelle Riten wie das Waschen und Einkleiden der Leiche sowie ein religiöses oder sonst feierlich-rituell gestaltetes Begräbnis („letzte Ehre erweisen") sind Ausdruck dessen, dass der Leichnam nicht in dem Moment des Ablebens der Person einer Sache oder einfachen Materie gleichgestellt wird. Zu Recht wird daher angenommen, dass der Leichnam nicht „zum Objekt industrieller Verwertung gemacht oder als beliebig verfügbare Organressource genutzt werden"[55] darf. Auch eine Entsorgung als

---

Fn. 46 Rn. 227; H. Kube, Persönlichkeitsrecht, in: oben Fn. 46, § 148 Rn. 73; a.A. D. Lorenz, in: BK, 180. Lieferung, Heidelberg 2016, Art. 2 Abs. 1 Rn. 395 ff.

[49] P. Kunig, in: von Münch/Kunig, Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 6. Aufl., München 2012, Art. 2 Rn. 32. T. Harks, oben Fn. 46, 717 verweist darauf, dass das „Persönlichkeitsrecht auf Grund seiner Herleitung aus der allgemeinen Handlungsfreiheit einen geborenen Menschen voraussetzt".

[50] G. Manssen, StaatsR I - Grundrechtsdogmatik, München 1995, Rn. 119 (wobei Manssen dies nicht für den Nasciturus ausführt, sondern allgemein dartut, dass das Persönlichkeitsrecht der Angehörigen „auch die Achtung von verstorbenen Angehörigen" umfasst).

[51] P. Kunig, in: oben Fn. 44, Rn. 15; G. Manssen, oben Fn. 50, Rn. 118. Anderer Ansicht: I. Klinge, oben Fn. 46, S. 218 ff.

[52] Vgl. H. Dreier, in: oben Fn. 42 Rn. 74 m.w.N.; P. Kunig, in: oben Fn. 44, Rn. 15.

[53] C. Luther, Postmortaler Schutz nichtvermögenswerter Persönlichkeitsrechte, Göttingen 2009; U. Stelkens/M. Wabnitz, Pietät, Totenfürsorge, Totenruhe und postmortales Persönlichkeitsrecht in der neueren Rechtsprechung zum Friedhofs- und Bestattungsrecht, WiVerw 2016, 11 ff.

[54] P. Kunig, in: oben Fn. 44, Rn. 15.

[55] H. Dreier, in: oben: Fn. 42, Rn. 75.

Sondermüll[56] oder Behandlung als „Rohstofflieferant“ würde dem entgegenzubringenden Achtungsanspruch zuwiderlaufen. Andererseits ist es möglich, seinen Körper nach dessen Ableben für medizinische und wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen oder weitreichenden Organspenden zuzustimmen.[57] Das Selbstbestimmungsrecht umfasst also auch die Bestimmung über den eigenen Körper nach seinem Tod,[58] jedenfalls solange der Körper dadurch nicht offensichtlich herabgewürdigt wird.[59]

4.2.2 Postmortaler Achtungsanspruch für Fehl- und Totgeburten

Kann nun dieser postmortale Achtungsanspruch auch auf Fehl- und Totgeburten übertragen werden? Da nach hier vertretener Ansicht schon die Feten in den Schutzbereich der Menschenwürde einbezogen sind, erstreckt sich Art. 1 Abs. 1 GG auch auf Fehl- und Totgeburten.[60] Diese Rechtsansicht findet sich auch im saarländischen Bestattungsgesetz, das den fortwirkenden Menschenwürdeschutz auch auf Fehlgeburten (§ 12 I BestattG Saarland) bezieht. Es ist nicht von vornherein ausgeschlossen, dass bei der konkreten Ausgestaltung ihrer Behandlung nach Umfang der Sichtbarkeit ihrer physischen Existenz differenziert wird – schließlich geht es bei der Totenbehandlung um den rein leiblichen Rückstand. Etwa die Entsorgung von Feten als Sondermüll, die Verwendung fetaler Zellen für Kosmetikprodukte oder die Weiterarbeitung ihrer Asche zu Straßenbaugranulat verstoßen allerdings klar gegen den postmortalen Achtungsanspruch aus Art. 1 Abs.1 GG, unabhängig davon, ob die Eltern hierfür ihre Einwilligung erteilen.[61]

Die Bestattungsgesetze der Länder, die für Fehlgeburten keine Bestattungspflicht durch z.B. den Träger der Einrichtung vorsehen, sondern eine „hygienisch einwandfreie“ und dem „sittlichen Empfinden entsprechende“ Entsorgung vorschreiben, sind verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass (soweit keine Bestattung durch die Eltern erfolgt) eine Einäscherung und Sammelbestattung oder bei minimaler physischer Existenz auch würdevolle Rückführung zur Erde zu erfolgen hat, die dem Achtungsanspruch des Fehlgeborenen gerecht wird.[62] Für ein

[56] Zum „Mensch als Sondermüll“ siehe T.M. Spranger, oben Fn. 40, 856-858.

[57] Zum Einwilligungserfordernis aufgrund des postmortalen Persönlichkeitsschutzes s. nur: OVG Berlin-Brandenburg (OVG 12 B 2.15), Urt. v. 10.12.2015, juris Tz. 35.

[58] H. Dreier, in: oben Fn. 42, Rn. 75; S. Rixen, in: Höfling (Hrsg.), Transplantationsgesetz, Berlin 2003, § 6 Rn. 3 ff.; J. Isensee, in: Merten/ Papier (Hrsg.), HGR IV, Heidelberg 2011, § 87 Rn. 217.

[59] Zur Frage, ob Art. 1 I GG einen auch gegenüber dem Rechtsinhaber unverfügbaren Kern der Menschenwürde schützt, siehe: C. Enders, in: Stern/Becker, Grundrechte Kommentar, 2. Aufl., Köln 2016, Art. 1 Rn. 48.

[60] So auch T. Harks, oben Fn. 46, 717 ff.; C-M. Leeb/M. Weber, oben Fn. 10, 368 mwN in Fn. 36; T.M. Spranger, Die ungenehmigte Verfügung der Krankenhäuser über Fehlgeborene, MedR 1999, 210: „Ein Fehlgeborenes vereint zwar die extremsten Konstellationen der Grundrechtsträgerschaft in einem Subjekt, ist aber dennoch als Träger menschlicher Würde einzuordnen.“; T.M. Spranger, oben Fn. 40, 857.

[61] Vgl. auch T.M. Spranger, oben Fn. 60, 211.

[62] Vgl. auch C-M. Leeb/M. Weber, oben Fn. 10, 368.

würdiges Begräbnis auch dann, wenn Eltern diesen Wunsch nicht selbst äußern, sprechen sich schon die bald 20 Jahre zurückliegenden Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aus: Feten sollten gesammelt, von einem Bestattungsunternehmen zu einem Krematorium verbracht und in einem gemeinsamen Sargbegräbnis eingeäschert und anschließend beigesetzt werden.[63]

4.3 Zell- und Organspende sowie sonstige Heranziehung zu wissenschaftlichen und medizinischen Zwecken

Wie bereits beschrieben, erlauben einzelne Friedhofsgesetze der Länder die „Verwendung“ zu wissenschaftlichen, teilweise auch medizinischen und pharmazeutischen Zwecken.[64] Normalerweise kann der lebende Mensch verfügen, ob er seinen Körper nach seinem Ableben der Wissenschaft oder Medizin zur Verfügung stellt oder Organspender sein will. Gerade um die Frage der Organspende ranken sich weitreichende Diskussionen, namentlich in welcher Form diese Einwilligung zu erfolgen hat und ob sie, sofern kein anderslautender Wille des Menschen sichtbar ist, auch durch die Angehörigen gegeben werden darf.[65] Bei Fehl- und Totgeborenen scheidet eine eigene Willensbekundung jedoch aus. Wie gezeigt, verlangt § 4a TPG für den Fall der Entnahme von Organen und Geweben (zum Zweck der Transplantation) die Einwilligung der (vormals) Schwangeren. Nun gilt für Lebendgeburten bei einer Organentnahme gegen den Willen des Verstorbenen, dass nicht seine Würde, sondern sein aus dem Persönlichkeitsrecht abgeleitetes Selbstbestimmungsrecht verletzt ist.[66] Daher wird teils gefolgert, dass eine Einwilligung für die Entnahme fötalen Gewebes aus grundrechtlicher Perspektive nicht benötigt werde.[67] Zu Recht weist hier Thomas Harks darauf hin, dass das Elternrecht aus Art. 6 Abs. 2 1 GG als treuhänderisches Recht für das Kind einspringt und als lex specialis zur Totensorge der Angehörigen nach Art. 2 Abs. 1 GG heranzuziehen

[63] DKG-Empfehlung zum Umgang mit Tot- und Fehlgeburten, Krankenhaus 10/1999, S. 696.

[64] Vgl. hier auch “Transplantation fötalen Gewebes bei Parkinson“, Deutsches Ärzteblatt 93, A-2924 f; Richtlinien zur Verwendung fetaler Zellen und fetaler Gewebe, Stellungnahme der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie“, Dt. Ärzteblatt 1991, A -4296 ff.; Pro familia, Fetales Gewebe. Ein Gutachten zur Forschung und Verwendung von embryonalem/fetalem Gewebe, Frankfurt a.M. 2000.

[65] § 4 TPG lässt die Einwilligung durch nächste Angehörige unter besonderen Voraussetzungen zu. Diese Einwilligung hat sich an dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu orientieren. Vgl. hier auch H. Dreier, in: oben Fn. 42, Rn. 75; P. Kunig, in: oben Fn. 49, Rn. 72 (Stichwort „Transplantation“).

[66] T. Harks, oben Fn. 46, 718.

[67] R. Kellnar, Die fetale Transplantation - Rechtsstatus und -schutz des Foetus, Diss. Saarbrücken 1996, S. 72; G. Mai, Die rechtliche Zulässigkeit der embryonalen Gewebe- und Zellentnahme zum Zwecke der Entwicklung einer neuartigen Therapiestrategie gegen die Parkinsonsche Krankheit, Frankfurt a.M. 1999, S. 109 f. Zu beachten ist, dass § 4a TPG erst 2007 in das Gewebegesetz aufgenommen wurde.

ist.[68] Art. 6 II GG verbürgt neben seiner Funktion als Grundrecht und wertentscheidende Grundsatznorm auch eine Institutsgarantie. Als solche ergeht an den Staat der Ordnungsauftrag, „die Rechtsbeziehungen so zu gestalten, dass die Familienerziehung gesichert und geschützt ist“.[69] So wie auch Art. 1 Abs. 1 GG über den Tod hinauswirkt, hört auch die elterliche Bindung nicht sofort mit dem Todeseintritt des Kindes auf.[70] Das Elternrecht umfasst die Entscheidung darüber, ob die Fehl- oder Totgeburt als „Spender“ von Gewebe dienen soll oder sonstigen wissenschaftlichen bzw. medizinischen Zwecken zugeführt wird. Vor diesem Hintergrund sind die Bestattungsgesetze der Länder verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass eine Freigabe zur Forschung oder zu medizinischen Zwecken nur mit Einwilligung der Eltern erfolgen darf.[71]

5. Eintragung ins Geburtenregister als soziale oder rechtliche Anerkennung des Menschseins?

Zum Schluss soll der Bogen vom Personenstandsrecht zum Verfassungsrecht geschlagen werden. Die Funktion des Geburtenregisters ist im Lichte der Fragen in den Blick zu rücken, ob rechtliche und soziale Anerkennungsverhältnisse durch die Eintragung begründet werden und ob die bestehende Rechtslage einer Eintragung nur von Totgeburten mit dem grundrechtlichen Status und Schutz eines fehl- oder totgeborenen Kindes im Einklang steht.

5.1 Gesellschaftliche Relevanz des Geburtenregisters

Für Eltern und ihre Bewältigung einer Fehl- oder Totgeburt kann es zentral sein, ob auch dieser nicht bis zur Lebensfähigkeit entwickelte bzw. totgeborene Mensch personenstandsrechtlich in Erscheinung tritt. Eltern verbinden mit der Beurkundung ihres totgeborenen Kindes im Geburtenregister und dem Erhalt einer Geburtsurkunde (mit Sterbevermerk) die rechtliche Anerkennung ihres Kindes als Mensch. Gleichzeitig bedeutet dies eine Anerkennung ihrer Identität als Eltern, als Eltern eines toten Kindes, was für ihre Trauerbewältigung eine Schlüsselrolle ein-

[68] T. Harks, oben Fn. 46, 718 f. Vgl. zum Elternrecht auch A. K. Weilert, Das Kindeswohl und die Knochenmarkspende Minderjähriger aus verfassungsrechtlicher Perspektive, RW 2012, 292 (313 f.); s. auch S. Rixen, oben Fn. 9, 420.

[69] Peschel-Gutzeit, Prüfung der Verbindlichkeit frühkindlicher staatlicher Förderung unter verfassungsrechtlichen, familienrechtlichen und jugendhilferechtlichen Aspekten, 2006, S. 6.

[70] T. Harks, oben Fn. 46, 719.

[71] „Die teilweise vorzufindende Praxis von Krankenhäusern, Fehlgeburten ohne die Einwilligung der Eltern für Forschungszwecke zu nutzen, ist mit Blick auf die betroffenen Grundrechte rechtswidrig.“ – C-M. Leeb/M. Weber, oben Fn. 10, 368.

nehmen kann.[72] Daher empfinden es auch viele Betroffene als unzureichend, dass ihr fehlgeborenes Kind, welches vielleicht nur knapp die 500-Gramm-Grenze unterschreitet, nicht in das Geburtenregister aufgenommen werden kann. Wenigstens gibt es nun mit der Möglichkeit einer Bescheinigung auch für fehlgeborene Kinder ein offizielles Dokument über ihr Kind, das ansonsten kaum sichtbare Spuren hinterlassen hat. Mit der beurkundeten Namensgebung für totgeborene Kinder bzw. der Bescheinigung über den prospektiven Namen für fehlgeborene Kinder wird ihnen eine klare Identität verliehen.[73] Allerdings wird die bloße Bescheinigung über die Existenz des fehlgeborenen Kindes von Betroffenen nicht als mit der Eintragung in das Geburtenregister gleichwertig erachtet.[74]

5.2 Eintragung in das Geburtenregister als rechtlicher Beginn des Menschseins?

In Frage steht, ob die Symbolfunktion des Geburtenregisters (Anerkennung des Totgeborenen als Teil der Menschheit), die von betroffenen Eltern reklamiert wird, tatsächlich auch eine Entsprechung im Recht findet. Dies wäre der Fall, wenn das Geburtenregister den Zweck verfolgte, den Menschen rechtlich als Menschen zu konstituieren oder wenn sich jedenfalls aus der Menschenwürde ein Anspruch auf eine personenstandsrechtliche Erfassung ableiten ließe. In diese Richtung lässt sich das Urteil des OLG Dresden verstehen, wenn es ausführt:

„Art. 1 Abs. 1 GG enthält nicht nur die Verpflichtung des Staates, ungeborenes Leben zu schützen, sondern den Embryo auch in seiner Menschenwürde zu achten. Die personenstandsrechtliche Eintragung einer Leibesfrucht … ist Ausdruck der dem ungeborenen Leben zukommenden Achtung seiner Menschenwürde.“[75]

Zwar spricht das OLG Dresden hier nicht davon, dass die Eintragung die Menschenwürde begründet, jedoch heißt es später:

„Es würde eine Verletzung der Achtung der auch dem ungeborenen Leben zukommenden Menschenwürde bedeuten, wenn man eine Leibesfrucht mit einem Gewicht von mehr als 500 g nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht personenstandsrechtlich erfassen würde. In diesen Fällen ist die Leibesfrucht als Person zu behandeln. Sie kann nicht einem unpersönlichen „Ding“, dem „Es“ oder einfach der „Materie“ gleichgestellt werden. Die dargestellte Pflicht des Staates, die Würde auch des noch nicht geborenen Menschen zu achten, gebietet die aufgezeig-

---

[72] Vgl. S. Rixen, oben Fn. 13, 269: „… Wunsch betroffener Eltern nach rechtlicher Anerkennung der Existenz ihres totgeborenen Kindes“.

[73] Aufgrund der hohen Relevanz der Namensgebung wäre es aus Elternsicht besser, wenn im Formular über die Bescheinigung eines fehlgeborenen Kinder nicht stünde „vorgesehener“ Familienname / Vorname, sondern nur „Familienname“ / „Vorname(n)“.

[74] Zur Kritik vgl. C-M. Leeb/M. Weber, oben Fn. 10, 368.

[75] OLG Dresden, StAZ 1999, 237 (238).

te personenstandsrechtliche Behandlung ungeborenen Lebens in Fällen vorliegender Art.“[76]

Damit wird aus der Menschenwürde ein Anspruch abgeleitet, personenstandsrechtlich erfasst zu werden. Nicht näher begründet wird indes, inwiefern die Eintragungspflicht als Ausdruck der Menschenwürde angesehen werden kann, wenn diese erst für Totgeborene ab 500 Gramm gilt. Zwar musste sich das Gericht dazu nicht direkt äußern, da es sich im gegebenen Verfahren um ein Kind über 500 Gramm handelte. Dennoch hätte das Gericht bei seiner Aussage im Blick haben müssen, dass die fehlende Beurkundungspflicht für Feten aus Schwangerschaftsabbrüchen oder Fehlgeborene unter 500 Gramm bedeuteten, dass diesen dann die rechtliche Achtung der Menschenwürde versagt würde. Die gesamte „Grenzziehungsproblematik“ wurde vom OLG Dresden ausgeblendet.

Mit dieser verfassungsrechtlichen Aufladung wird die Funktion des Personenstandsregisters überhöht. Wäre die Rechtsaufassung des OLG Dresdens zutreffend, dann wäre das Personenstandsrecht verfassungswidrig, jedenfalls wenn man mit dem BVerfG davon ausgeht[77], dass das Menschsein nicht erst mit einem Geburtsgewicht von 500 Gramm beginnt. Das Personenstandsrecht will aber nur die familienrechtliche Stellung (einschließlich des Namens) dokumentieren, hingegen keine Aussage über den Beginn des Menschseins treffen. Die Aufnahme in das Geburtenregister besagt also nur etwas über die familiäre Stellung und erfüllt ein Ordnungsinteresse des Staates, da familienrechtliche Beziehungen Auswirkungen auf verschiedene Rechtsbereiche haben. Man kann sich vor diesem Hintergrund fragen, warum dann überhaupt Totgeburten ab 500 Gramm aufgenommen werden. An sich verfolgte man bei Umsetzung des Vorschlags der WHO und Einführung der 500-Gramm-Grenze tatsächlich kein personenstandsrechtliches Interesse, sondern wollte medizinische und bevölkerungsstatistische Daten zwecks internationaler Vergleichbarkeit sammeln können,[78] denn die Angaben des Statistischen Jahrbuches in Deutschland zu Lebend- und Totgeburten basieren auf den Einträgen in das Geburtenregister. Deutschland ist durch eine EU-Verordnung dazu verpflichtet, der Kommission (Eurostat) Totgeburten ab 500 g Geburtsgewicht (alternativ einem ab einem Gestationsalter von 22 vollendeten Wochen oder eine Größe von 25 cm) zu melden.[79] Theoretisch könnten diese Daten auch gesondert vom Geburtenregister erhoben werden, jedoch ist es in besonderem Maße praktikabel, den statistischen Belangen über die bei den Standesämtern geführten Register nachzukommen.

An diesen statistischen Interessen für die Aufnahme von Totgeburten in das Geburtenregister lässt sich ablesen, dass die 500-Gramm-Grenze nicht deswegen

---

[76] OLG Dresden, oben Fn. 75, 239.
[77] Das OLG Dresden nimmt im Übrigen genau auf die Rechtsprechung des BVerfGs Bezug.
[78] M. Sachse, oben Fn. 10, 271 – damals noch zur 1000-Gramm-Grenze.
[79] Art. 3 der Verordnung (EU) Nr. 328/2011.

bestimmt wurde, weil damit nach deutschem Recht das „Menschsein“ beginnt. Dies zeigt sich schon daran, dass verstorbene Lebend(früh)geburten unter 500 Gramm im Geburtenregister geführt werden. Dennoch markiert die 500-Gramm-Grenze für Totgeburten auch ein gewisses „qualitatives Interesse“, d.h. es stellt sich die berechtigte Frage, warum tote Ungeborene unter 500 Gramm weniger statistisch relevant sind als solche über dieser Gewichtsgrenze. Die objektive Sichtbarkeit eines Menschen und damit auch des Eltern-Kind-Verhältnisses ist bei Totgeborenen höher als bei frühen Fehlgeborenen. Das Personenstandsrecht greift damit einen Aspekt sozialer Relevanz auf, ohne zugleich normativ das Menschsein zu begründen. Die 500-Gramm-Grenze ist damit weder verfassungswidrig noch verfassungsrechtlich geboten.

5.3 Beweisfunktion des Geburtenregisters als Kriterium der Eintragungspflicht?

Möglicherweise könnte die Beweisfunktion des Geburtenregisters dafür sprechen, Totgeburten familienstandsrechtlich zu dokumentieren. So wird argumentiert, dass der Sinn der Beurkundung von Totgeburten darin liege, „beweiskräftig festzuhalten, dass das Kind keine Rechtsfähigkeit gemäß § 1 BGB erlangt hat“[80]. Dieser Beweiszweck wäre jedoch gleichermaßen erfüllt, wenn gar keine Totgeburten in das Geburtenregister aufgenommen würden, da negativ aus der fehlenden Beurkundung geschlossen werden kann, dass das Kind nicht lebend zur Welt gekommen ist. Zu prüfen ist daher, ob sich Rechtsfolgen mit der Geburt eines toten Kindes auch jenseits der Feststellung seiner Rechtsfähigkeit verbinden und ob diese erst mit der 500-Gramm-Grenze eintreten. Das Beschäftigungsverbot nach § 6 Mutterschutzgesetz sowie der viermonatige Kündigungsschutz nach der Geburt (§ 9 Mutterschutzgesetz) gilt bereits bei Totgeburten, allerdings nicht schon bei Fehlgeburten unter 500 Gramm.[81] Die aufgrund des Eintrags in das Geburtenregister erstellte Geburtsurkunde mit Sterbevermerk vermittelt dem Arbeitgeber die Kenntnis über den Schutz der Wöchnerin. Weitere Rechtsfolgen könnten sich aus dem Familien- und Erbrecht ergeben. Die Erbfähigkeitsfiktion nach § 1923 Abs. 2 BGB, nach der ein ungeborener und daher an sich noch nicht rechtsfähiger Mensch (vgl. § 1 BGB[82]) Erbe sein kann, setzt voraus, dass er zu einem späteren

[80] B. Gaaz, in: oben Fn. 5 , § 18 Rn. 8.

[81] C-M. Leeb/M. Weber, oben Fn. 10, 336. BAG, NZA 2006, 994 – 997. Das BAG urteilt, dass alle personenstandsrechtlichen Totgeburten das Kriterium der „Entbindung“ nach § 9 Abs. 1. S. 1 Mutterschutzgesetz erfüllen. Frühere Entscheidungen stellten auf das Kriterium der extrauterinen Lebensfähigkeit ab. Im Schrifttum wird teilweise vertreten, dass auch eine Fehlgeburt den Schutz nach § 9 Mutterschutzgesetz auslöst: Heilmann, MuSchG, 2. Aufl., Baden-Baden 1991, vor § 1 Rn. 10; P. Schwerdtner, Welche gesetzlichen Maßnahmen sind vordringlich, um die Gleichstellung der Frauen mit den Männern im Beruf zu gewährleisten?, JZ 1974, 476, 480f.; E. Wolf, in: Anm. zu AP MuSchG 1968, § 9 Nr. 2.

[82] § 1 BGB: „Die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt.“.

Zeitpunkt lebend geboren wird. Eine Fehl- oder Totgeburt zieht also im Erbrecht keine Rechtsfolge nach sich[83]. Allerdings knüpft das Familienrecht rechtliche Folgen sowohl an die Totgeburt als auch die Fehlgeburt. Rechtliche Unterhaltspflichten des Vaters gegenüber der Mutter bestehen nach § 1615 l Abs. 1 BGB iVm § 1616 n BGB im Hinblick auf die Totgeburt unmittelbar und bei einer Fehlgeburt „sinngemäß“.[84] Die Kosten der Geburt selbst sowie die Bestattungskosten sind zu ersetzen. Das Alter des Embryos bzw. Fetus spielt dabei keine Rolle.[85] Daher zeigt sich, dass ein personenstandsrechtliches Interesse durchaus auch im Blick auf die Fehlgeburt bestehen kann, was für eine Erstreckung des Geburtenregisters auch auf Fehlgeburten sprechen könnte.

Ein weiterer Sinn einer Eintragung in das Geburtenregister ergibt sich daraus, dass hierdurch ggf. eine staatliche Nachforschung über den Todeshergang ermöglicht wird. Dies kann sowohl bedeutsam sein mit Blick auf die Überprüfung der Einhaltung der Erfordernisse legaler Schwangerschaftsabbrüche (§ 218 a StGB) als auch für die Frage, ob die Geburtshelfer selbst dem medizinischen Standard entsprechend gehandelt haben oder ob die Totgeburt im schlimmsten Falle sogar als „Totschlag“ zu verhandeln wäre.[86] Ist das Kind potentiell lebensfähig und während der Geburt verstorben, so muss eindeutig geklärt sein, was die Todesursache war. Potentiell überlebensfähig sind heute allerdings Kinder schon unterhalb der 500-Gramm-Grenze. Andererseits ist das Strafverfolgungsinteresse kein familienstandsrechtliches Interesse und könnte daher auch auf anderem Wege gesichert werden, wobei hier zu klären wäre, ob eine anderweitige Anzeigepflicht (etwa gegenüber Staatsanwaltschaft) gleich effektiv wäre wie die Anzeige gegenüber dem Standesamt, da sich bei ärztlichem Versagen gleichsam der „Täter“ selbst anzeigen müsste.

Betrachtet man das Geburtenregister im Hinblick auf seine Beweisfunktion, so ergibt sich nach alledem hieraus keine klare Vorrangstellung der Aufnahme von Totgeburten gegenüber Fehlgeburten, da eine Totgeburt zwar mehr Rechtsfolgen nach sich ziehen kann als eine Fehlgeburt, aber auch rechtliche Gründe für die Dokumentation einer Fehlgeburt denkbar sind.

---

[83] Das Gesetz hätte dies auch anders bestimmten können, mit der Folge, dass ein ungeborenes Kind im Falle des Versterbens z.B. der Schwangeren für den Moment seines intrauterinen Überlebens Erbe wird und damit anschließend selbst zum Erblasser werden kann, etwa dem leiblichen Vater gegenüber, der nicht mit der Mutter verheiratet ist (vgl. § 1925 I, III BGB).

[84] Interessant ist die juristische Terminologie von „Mutter“ und „Vater“. Nach § 1591 BGB gilt als Mutter die Frau, die das Kind geboren hat. Die Vaterschaft richtet sich im Falle einer Ehe auch nach dem Zeitpunkt der Geburt, § 1592 Nr. 1 BGB. § 1615 n BGB bezieht die Stellung als „Vater“ auch auf das tot geborene Kind. Dagegen spricht das BVerfG in E 39,1 sowie E 88, 203 bereits von der Schwangeren als „Mutter“.

[85] W. Viefhues in: jurisPK-BGB Band 4, Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth, 7. Aufl, Saarbrücken 2015, Rn. 4.

[86] Strafrechtlich beginnt der volle Lebensschutz mit den Eröffnungswehen, s. oben Fn. 7. Vgl. Urteil des LG Dortmund v. 01.10.2014 zur Verurteilung einer Ärztin und Hebamme für Totschlag durch Unterlassen, da trotz Risikogeburt nicht veranlasst wurde, die Schwangere in eine Klinik zu verbringen (Kurzwiedergabe des Urteils in Arzt- und Medizinrecht kompakt (AMK) 2014, Nr 11, 11.

5.4 Flexibilisierung der Eintragung in das Geburtenregister?

Lassen sich, wie gezeigt, keine zwingenden rechtlichen Gründe für die Aufnahme nur der Totgeburt (unter Ausschluss der Fehlgeburt) ausmachen, so ist zu fragen, ob außerrechtliche Erwägungen dafür sprechen, das geltende Personenstandsrecht beizubehalten oder doch im Sinne einer Gleichstellung zu ändern.

Der Prozess der sozialen Anerkennung eines Menschen als Mensch ist nicht notwendigerweise deckungsgleich mit dem rechtlichen Status. Dennoch beeinflussen beide einander. Änderungen im sozialen Umgang führen zu Rechtsänderungen und umgekehrt beeinflusst die rechtliche Stellung des ungeborenen Lebens seine gesellschaftliche Wahrnehmung. Heutige Praktiken in Krankenhäusern, in denen Fehlgeborene in eigens angefertigte kleine Weidenkörbchen gelegt werden, die Krankenhausseelsorge möglicherweise einen Segen spricht und das Fehlgeborene gegebenenfalls beim Namen genannt wird, manifestieren einen veränderten Umgang und sind Ausdruck einer Zuschreibung von Personalität.[87] Diese heutige größere Sensibilität für fehlgeborene Menschen hat dazu beigetragen, dass das Personenstandsrecht nunmehr eine Anzeigemöglichkeit mit der Ausstellung einer Bescheinigung auch für Fehlgeburten vorsieht. Andererseits bilden rechtliche Vorgaben des Bestattungsrechts (Bestattungspflicht für Totgeburten und das Bestattungsrecht für Fehlgeburten bzw. Bestattungspflicht auch einer Fehlgeburt durch die Einrichtung) sowie des Personenstandsrechts (Eintragung im Geburtenregister) auch Faktoren im Prozess der sozialen Anerkennung. Insofern muss sich das Recht hier seiner Relevanz bewusst sein und es wäre zu kurz gegriffen, rein innerrechtlich mit der Funktion des Geburtenregisters zu argumentieren. Wie also ist hier zu vermitteln zwischen dem Interesse mancher Eltern, ihre Fehlgeburten personenstandsrechtlich zu dokumentieren und anderen, die eine Fehlgeburt nicht offiziell vermerkt haben wollen? Wie kann verhindert werden, dass das Personenstandsrecht dahingehend missverstanden wird, als ob es über die Anerkennung von Menschen als Menschen entschiede? Als Ausweg aus diesem Dilemma könnte erwogen werden, die Frage nach der Aufnahme einer Fehlgeburt in die Entscheidungsbefugnis der Eltern zu legen, die aus persönlichem oder rechtlichem (Beweisfunktion) Interesse eine Eintragung veranlassen könnten. Damit würde eine Absolutheit in der Aussage, wann jemand „würdig" ist, im Geburtenregister stehen zu können, umgangen. Das OLG Dresden hat sich allerdings im erwähnten Urteil gegen eine solche „Subjektivierung" gewendet und führt (in Bezug auf ein infolge eines Schwangerschaftsabbruchs in der 25. SSW tot geborenes Kind) aus, dass die Eintragung im Sterbebuch an die Tatsache der Geburt anknüpfe und nicht von der

[87] Vgl. zu den Prozessen der sozialen Anerkennung durch die Gesellschaft und die Eltern T. Moos/ S. Ehm/F. Kliesch/ J. Thiesbonenkamp-Maag, Ethik in der Klinikseelsorge, Göttingen 2016, S. 172 ff.

subjektiven Einstellung der Mutter abhängig sei.[88] Das Geburtenregister, das nach objektiven Kriterien geführt wird, würde durch eine fakultative Eintragungsmöglichkeit eine gewisse Beliebigkeit erfahren. Die Eröffnung einer subjektiven Entscheidung durch die Eltern bedeutete aber auch, dass sich Eltern entscheiden müssen. Dieser Entscheidungsdruck kann eine schwerwiegende Belastung in einer ohnehin schwierigen Situation darstellen. Weiterhin wäre zu klären, ob ein einstimmiges Votum der Eltern vorliegen muss und in welchen Fällen ggf. auch eine alleinige Entscheidungsbefugnis eines Elternteiles (v.a. der Mutter) anzunehmen ist. Es würden also neue Probleme aufgeworfen, die unter Umständen eine gleichwertige Belastung für die Betroffenen darstellen könnten. Eine Änderung des geltenden Rechts dergestalt, die Eintragung in das Geburtenregister eines tot- oder fehlgeborenen Menschen ganz den Eltern anheimzustellen, würde zwar dem Wunsch mancher Eltern nach Sichtbarmachung ihrer Elternschaft entsprechen, andere Betroffene aber in die schwierige Situation versetzen, schon bei Fehlgeborenen zu bestimmen, ob diese als ihre Kinder eingetragen werden sollen. Diese Spannung würde auch für den Fall gelten, wenn die Eintragung nicht gänzlich in das Belieben der Eltern gestellt würde, sondern erst unterhalb der 500-Gramm-Grenze. Eine Abwägung im Rahmen des Spannungsdreiecks „faktische Symbolfunktion des Geburtenregisters“ und „elterliches Interesse an der Sichtbarmachung ihres Kindes und ihrer Elternschaft“ einerseits sowie „Entscheidungsdruck der Eltern“ andererseits ist sehr komplex. Nicht alle hierfür erforderlichen empirischen Daten stehen zur Verfügung. So wäre zu ergründen, ob die 500-Gramm-Grenze von Betroffenen und der Gesellschaft so aufgenommen wird, als würde hierdurch eine rechtliche Anerkennung erst ab einem bestimmten Geburtsgewicht erfolgen. Denkbar ist auch, dass aufgrund der sichtbaren Willkürlichkeit dieser Gewichtsgrenze die von ihr ausgehende Symbolfunktion stark herabgesetzt ist. Ebenso fehlen empirische Daten über die Frage, wie belastend sich der Entscheidungsdruck auswirken würde, ob er gegebenenfalls sogar Schuldgefühle bei denjenigen hervorriefe, die sich gegen eine Eintragung entscheiden. Nicht ausgeschlossen ist, dass durch die fakultative Eintragungsmöglichkeit die Überhöhung des Geburtenregisters als Ort der rechtlichen Menschwerdung geradezu befördert würde und darüber hinaus eine soziale „Verhandlung“ von Personalität eine rechtliche Aufwertung erführe.

[88] OLG Dresden, oben Fn. 75, 237 ff. Begründet wird dies – neben dem erwähnten Aspekt der Menschenwürde – auch mit einem eventuellen Strafverfolgungsinteresse des Staates bei unnatürlichem Eintritt des Todes. Allerdings legt das Gericht nicht dar, warum das Strafverfolgungsinteresse genau mit der 500-Gramm-Grenze beginnt. Die Strafbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs nach §§ 218, 218a StGB ist unabhängig von einer 500-Gramm-Grenze. Wie bereits erörtert, würde das Strafverfolgungsinteresse aber auch bei Kindern unterhalb der 500-Gramm-Grenze bestehen, so dass nach logischer Fortführung der Argumentation des OLG-Dresden an sich alle Fehlgeborenen einzutragen wären.

6. Zusammenfassendes Fazit

Nach dem Personenstandsrecht liegt eine Totgeburt erst ab einem Geburtsgewicht von 500 Gramm vor (§ 31 II PStV). Dies hat unmittelbare Folgewirkungen für die Aufnahme in das Geburtenregister, da hier nur Lebend- und Totgeburten, aber keine Fehlgeburten beurkundet werden (§ 18 PStG). Mittelbare Auswirkungen ergeben sich für das in der Kompetenz der Länder liegende Friedhofs- und Bestattungsrecht. Die heterogenen Ländergesetze knüpfen überwiegend an die personenstandsrechtlichen Definitionen von Lebend-, Tot- und Fehlgeburt an. Im Falle einer Totgeburt (ab 500 Gramm) normieren neun Bundesländer eine Bestattungspflicht durch die Angehörigen. Für Fehlgeburten besteht für die Angehörigen in keinem Bundesland eine solche Pflicht. Allerdings ist es ihnen mittlerweile in allen Bundesländern erlaubt, fehlgeborene Kinder zu bestatten. Sofern sie von diesem Recht keinen Gebrauch machen, ist die Rechtslage in den Bundesländern sehr unterschiedlich und reicht von einer Bestattungspflicht (in der Regel durch den Einrichtungsträger) bis hin zur hygienisch einwandfreien und dem sittlichen Empfinden entsprechenden Entsorgung.

Eltern empfinden sehr unterschiedlich in dem persönlichen Erleben einer Fehl- oder Totgeburt. Für Manche gleicht der Verlust einer frühen Fehlgeburt dem Verlust eines Kindes, demgegenüber sie die Elternrolle bereits eingenommen hatten. Durch Praktiken wie Namensgebung, Art der Bestattung und Traueranzeigen bringen Eltern ihre Stellung zum Kind zum Ausdruck. In gewisser Weise verhandeln Eltern und die weiteren Betroffenen die Personalität des Kindes durch ihren Umgang mit dem Fehl- oder Totgeborenen.[89] Dem Recht ist eine Sichtweise, bei der andere Menschen subjektiv darüber befinden, ob ein Mensch ein Mensch ist (eine Unterscheidung zwischen „Mensch“ und „Person“ wird im Recht – anders als in der Philosophie – nicht vorgenommen[90]), fremd. „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu“,[91] so das BVerfG. Die Menschenwürde ist danach auch dann vom Staat zu schützen, wenn die Eltern die Personalität des Kindes nicht anerkennen. Die dem Nasciturus nach Art. 1 I GG zukommende Würde entfaltet gewisse zeitlich begrenzte Fortwirkungen auch nach seinem Ableben. Dieser fortwirkende Menschenwürdeschutz gebietet es, dass auch Fehlgeborene nicht einfach als Sondermüll „entsorgt“ oder in sonst unwürdiger Weise verwendet werden dürfen. Die rechtliche Zuerkennung der Menschenwürde schon für den Nasciturus hat damit Auswirkungen auf die Regelungen im Friedhofs- und Bestattungsrecht, welches nötigenfalls verfassungskonform auszulegen ist.

---

[89] Vgl. T. Moos/S. Ehm/F. Kliesch/ J. Thiesbonenkamp-Maag, oben Fn. 87, 172 ff.

[90] Eine Unterscheidung zwischen „Mensch“ und „Person“ wird nach hM im Verfassungsrecht nicht vorgenommen (vgl. W. Höfling, in: Sachs, Grundgesetz Kommentar, 7. Aufl., München 2014, Art. 1 Rn. 57; W. Höfling, Von Menschen und Personen, in Dörr (Hrsg.), Die Macht des Geistes (Festschrift für H. Schiedermair), Heidelberg 2001, S. 363 ff.; H. Hofmann, in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Hennecke, Kommentar zum GG, 13. Aufl. Köln 2014, Art. 1 Rn. 10.).

[91] BVerfGE 39, 1 (41).

Ein Recht auf Eintragung in das Geburtenregister für Fehlgeborene (und Totgeborene) kann dagegen nicht aus einer etwaigen Schutzpflicht des Staates zugunsten der fortwirkenden Menschenwürde des Nasciturus hergeleitet werden. Die fehlende Eintragung und Beurkundung verletzt nicht ihre Menschenwürde, da das Personenstandsrecht lediglich die familienrechtliche Stellung dokumentiert und die Menschenwürde im Recht weder konstitutiv begründet noch deklaratorisch feststellt. Teilweise wird das Geburtenregister jedoch in der gesellschaftlichen Realität dahingehend missverstanden, dass eine Eintragung Ausdruck der Aufnahme in die menschliche Gemeinschaft und damit eine Anerkennung als Mensch ist. Möglicherweise könnte dieser Fehlauffassung eine Öffnung für eine fakultative Aufnahme von Fehlgeburten entgegenwirken, da dann das qualitative 500-Gramm-Kriterium kein notwendiges für die Eintragung wäre. Gleichzeitig würde damit dem Interesse mancher Betroffener entsprochen, ihr fehlgeborenes Kind und ihre damit einhergehende Elternschaft als familiäre Tatsache beurkundet zu wissen. Andererseits ginge damit auch ein Entscheidungsdruck einher, der viele Folgeprobleme mit sich brächte. Auch könnte gerade durch die Öffnung (fakultative Eintragung) einer Überhöhung des Geburtenregisters Vorschub geleistet werden. Die subjektive Sicht der Eltern im Blick auf die Zuschreibung von Personalität könnte damit gewissermaßen objektiv manifestiert werden. Dies würde jene Strömungen stärken, die die Personalität eines Kindes individuell verhandeln wollen und von der Anerkennung durch die Eltern abhängig machen. Eine solche Sichtweise liefe dem in der Rechtswissenschaft ganz überwiegend vertretenen Verständnis einer objektiv vom Staat geregelten (und nicht nach individuellen Anerkennungsverhältnissen subjektiv zu bestimmenden) Menschenwürde entgegen.

C. Aktuelle Fragen der Leichenöffnung und Leichenkonservierung

Leichenöffnung und Leichenkonservierung aus anatomischer Sicht

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Andreas Schmiedl

1. Leichenöffnung – Synonyme und Definition

Auch nach dem Tod besteht der im Grundgesetz festgehaltene Persönlichkeitsschutz fort (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) (Madea 2015). Entsprechend wird beim Umgang mit dem Leichnam die Würde des Menschen respektiert. Bei der Leichenöffnung handeln alle Mediziner gemäß den auf der 18. Generalversammlung des Weltärztebundes in Helsinki im Juni 1964 verabschiedeten ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen (Helsinki Deklaration).

Die Begriffe „Leichenöffnung, Autopsie, Sektion und Obduktion" werden häufig synonym verwendet (Madea 2015). Die Bezeichnung Autopsie (gr. αὐτοψία, von αὐτός „selbst" und ὄψις „der Blick, das Sehen") dient meist als Oberbegriff und bezeichnet allgemein die Untersuchung eines Gegenstandes mit eigenen Augen. Die Sektion (lat. Sectio = das Schneiden, das Zerteilen) beschreibt den Vorgang der Leichenöffnung. Die Obduktion (lat. obductio, abgeleitet von obducere = bedecken, nachträglich hinzuziehen bzw. vorführen) wird häufig anstelle von Autopsie und/oder Sektion verwendet (Madea 2015).

Die rechtmedizinische Sektion dient der Feststellung der Todesursache bei Hinweisen auf einen unklaren Todesfall. Sie ist nach Einwilligung zulässig, kann aber auch unabhängig vom Willen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen vom Gericht, den Berufsgenossenschaften oder bei Seuchenverdacht angeordnet werden (Madea 2006, 2015). Bei der rechtsmedizinischen Sektion wird der Leichnam

nach der Autopsie wieder äußerlich hergestellt. Es erfolgt in der Regel vorher keine chemische Fixierung des Leichnams mit Konservierungslösungen.

Die klinische Sektion dient der medizinischen Aufklärung, der Qualitätssicherung bezüglich Diagnose, Therapie und Todesursache und der Aus- und Weiterbildung. Es handelt sich hierbei um eine fachgerechte Öffnung aller drei Körperhöhlen mit Organentnahme, ohne das Erscheinungsbild des Leichnams zu verändern. Nach Entnahme der Organe und der Körperflüssigkeiten wird der Leichnam äußerlich wiederhergestellt (Madea 2015). Die klinische Sektion erfolgt mit Einwilligung der Angehörigen. Der Leichnam wird in der Regel nicht chemisch fixiert.

Die anatomische Sektion ist die systematische Zergliederung des Leichnams, um den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers selbstständig zu erarbeiten (z.B. § 48 Saarl. BestattG). Sie dient in anatomischen Instituten insbesondere der Ausbildung der Studierenden der Medizin und Zahnmedizin. Die anatomische Leichenöffnung ist erlaubt, wenn der Verstorbene vor seinem Tod im Rahmen eines informed consent (Einwilligung nach erfolgter Aufklärung) seinen Körper zum Zwecke der Lehre, der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie für wissenschaftliche Untersuchungen in der Regel einem anatomischen Institut gespendet hat (vgl. § 5 S. 1 Nr. 2 Nds. BestattG). Die verstorbenen Körperspender, die in curricularen Anatomie-Kursen Verwendung finden, werden vorher chemisch fixiert, indem über eine Kanüle Konservierungslösung in die Beinschlagader und/oder Halsschlagader injiziert und somit der ganze Körper perfundiert und von innen fixiert wird.

Die klinisch-anatomische Sektion wird im Rahmen der ärztlichen Weiter- bzw. Fortbildung im Sinne einer Qualitätssicherung durchgeführt und beinhaltet je nach klinischer Fragestellung unterschiedliche Modi der Leichenöffnung. Auch diese Sektion basiert auf der freiwilligen Köperspende und erfolgt in der Regel an speziell fixierten Leichen, aber auch an nicht fixierten Leichen.

Die rechtlichen Grundlagen zur Leichenöffnung finden sich in den jeweiligen Bestattungsgesetzen der Bundesländer. Die Rechtslage ist hierbei sehr heterogen (Madea 2015).

2. Herkunft der menschlichen Körper für die anatomische Sektion

Leichname für die anatomische Sektion wurden zunächst aufgrund von entsprechenden Gesetzen traditionell von Mittellosen aus Krankenhäusern, Pflegeheimen und/oder Armenhäusern verwendet. Aber auch in Gefängnissen verstorbene oder hingerichtete Gefangene dienten der anatomischen Sektion (Becker et al. 2011, Hildebrandt 2008, Redies & Hildebrandt 2012). Allerdings machte die Zahl der Leichname von Hingerichteten vor 1939 nur einen kleinen Teil aus. Zwischen 1942 und 1944 nahm die Zahl der Hinrichtungen nach zivilen und militärischen Gerichtsurteilen jedoch stark zu, so dass bedeutend mehr Leichname von Hinge-

richteten in die Anatomischen Institute gebracht wurden (Redies & Hildebrandt 2012). Meist handelte es sich hierbei um deutsche und österreichische Widerstandskämpfer, „Hochverräter“, Deserteure, Zwangsarbeiter, selten um „echte Verbrecher“ wie Mörder (Hildebrandt 2009, Hildebrandt & Aumüller 2011). Auch Verstorbene aus Kriegsgefangenenlagern, Lagern für Zwangsarbeitern und Konzentrationslagern dienten Unterrichts- und Forschungszwecken (Hildebrandt & Aumüller 2011). Nach 1945 nahm die Verfügbarkeit von Leichen für anatomische Zwecke ab. Es erfolgten vor allem Zuweisungen von Sozialämtern. In den 1970iger Jahre trat anstelle von Zuweisungen durch staatliche Institutionen auf Grundlage behördlicher Erlasse die Körperspende. Auf der Basis des informed consent stellen Personen letztwillig bereits zu Lebzeiten auf Grundlage ihres postmortalen Persönlichkeitsrechts (Art. 1 und 2 Abs. 1 GG) ihren Körper nach dem Tod für Lehr- und wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung. Sie tun dies nach vorhergehender ausführlicher Information über Sinn, Zweck und Ablauf der Körperspende in eigener freier Entscheidung.

3. Konservierungsmethoden

Voraussetzung für die Nutzung der Leichname über einen längeren Zeitraum hinweg ist der Schutz vor Autolyse und bakterieller Zersetzung. Denn Fäulnis und Verwesung der Leiche führt zu Verfärbungen der Haut und Organe, zur Entwicklung fauliger Gase und zur Erweichung und Verflüssigung von Geweben und Organen bis hin zur Skelettierung. Durch „Haltbarmachung“ (Konservierung) der Körper werden diese Prozesse gestoppt.

Eine natürliche Konservierung wird durch Kälte oder Trocknung erreicht. Hier ist vor allem die 5300 Jahre alte Gletschermumie „Ötzi“ zu erwähnen, eine durch natürliche Gefriertrocknung erhaltene Leiche aus der Steinzeit (Kutschera & Rom 2000). Auch trockene Hitze, die zu einer Austrocknung des Körpers führt und die Fäulnisbildung verhindert, konserviert bei ausreichender Luftzirkulation die Leichen (Brenner 2014). Konservierende Eigenschaften hat ebenfalls das saure Milieu eines Hochmoores: Luftabschluss und die Einwirkung von Huminsäuren (z.B. Tannin) konservieren die Weichteile, entkalken aber die Knochen. Auch die Einwirkung von Aluminium- oder Kupfersalzen bewirkt eine natürliche Konservierung, wie die gut erhaltenen Leichen in Kupferbergwerken zeigen (z.B. Leichenfund im Kupferbergwerk Falun in Schweden, Eicher 1996).

Einbalsamierungen von Verstorbenen in der Vorzeit können als Vorläufer der anatomischen Konservierungsmethoden angesehen werden. Die hitzebedingte Austrocknung des Körpers und die damit verbundene Hemmung der Fäulnisbildung sind als wesentliche Grundlage der Einbalsamierungstechniken anzusehen. Insbesondere die Völker Nordafrikas etablierten vor allem aus religiösen Motiven zwischen 3200 v. Chr. und 650 n. Chr. standardisierte Einbalsamierungstechniken, um den Körper von Leichen weitestgehend über Jahrtausende zu erhalten (Bren-

ner 2014). Nach Entfernung der Organe aus den Körperhöhlen, ohne größere äußere Verletzungen zu verursachen, wurden die leeren Höhlen des Rumpfes und Schädels mit in ätherischen Ölen getränkten Tüchern ausgefüllt und die ausgeweideten Körper n konzentrieren Salzlösungen (Kochsalz, Soda, Glaubersalz o.ä.) gelagert, luftgetrocknet, mit Ölen, Essenzen, aromatischen Harzen gesalbt und mit Baumwollbinden zwecks luftdichten Abschlusses umwickelt (Mayer 2012).

Aufgrund der klimatischen Verhältnisse in Europa war hier eine Konservierung auf Grundlage der Austrocknung nicht möglich. Die im frühen Mittelalter vorgenommenen anatomischen Sektionen wurden daher meist im Winter durchgeführt und dauerten aufgrund der voranschreitenden Fäulnis und Verwesung der Leichen nur wenige Tage. Die im Mittelalter etablierten Feuchtkonservierungsmethoden eigneten sich zunächst nicht oder nur bedingt für die anatomische Sektion, da alle Organe entnommen und die Körperhöhlen anschließend mit Alkohol, Essig, Aloe oder Koloquinten gefüllt wurden (Brenner 2014). In der Renaissancezeit gelang mit Hilfe von Alkoholinjektionsverfahren, bei denen die Konservierungsflüssigkeit mit einer großen Spritze in die Weichteile und Organe eingespritzt wurde, erstmals auch eine längerfristige Erhaltung der Organe, die jedoch unvollständig war, da mit dieser Methode nicht alle Gewebeteile gleichmäßig erreicht wurden. Erst die Entdeckung des Blutkreislaufes durch *W. Harvey* („exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis", 1628) und die auf seinen Erkenntnissen aufbauende Gefäßinjektionstechnik ermöglichte dann in der Neuzeit eine gleichmäßige Verteilung der Fixierungslösung in alle Bereiche des Körpers und somit eine Konservierung des ganzen Leichnams einschließlich seiner Organe. Diese Methode wurde erstmals von *Blankaart* 1688 beschrieben. Zunächst wurden verschiedene Lösungen wie Alkohollösungen, alkoholische Arsenik- und Zinkchloridlösungen verwendet, die aber für eine Langzeitkonservierung aufgrund ihrer geringen fixierenden und desinfizierenden Eigenschaften nur mehr oder weniger gut geeignet waren (Brenner 2014).

Ein entscheidender Schritt für die anatomische Konservierungstechnik ist die Entdeckung des Formaldehyds durch *A. W. Hoffmann* im Jahre 1868. Bereits 1893 wurde von *J. Blum* Formaldehyd in Form einer wässrigen 35-40%igen Lösung – Formalin genannt – für die Konservierung durch Gefäßinjektion genutzt (Brenner 2014). Wie kein anderes Konservierungsmittel verfestigt Formalin ausgezeichnet die Gewebe und Organe und stoppt sowohl die antibakteriellen als auch die bakteriellen Zersetzungsprozesse in der Leiche. Aufgrund seiner konzentrationsabhängig starken desinfizierenden Wirkungen werden auch pathogene Keime vernichtet, so dass Infektionen durch konserviertes Leichenmaterial verhindert werden.

4. Leichenkonservierung für den Präparierkurs heute – und die Formaldehyd-Problematik

Die heute verwendeten Konservierungslösungen zur Fixierung von Leichen für die im Rahmen des Medizinstudiums stattfindenden Kurse der Makroskopischen Anatomie erfüllen weitestgehend folgende Anforderungen (Coleman & Kogan 1998, Brenner 2014):

- hohe Diffusionsgeschwindigkeit (gleichmäßige und schnelle Durchtränkung),
- Eiweißdenaturierung → Schutz vor Autolyse,
- rasche Hemmung nicht bakterieller und bakterieller Zersetzungsprozesse,
- schnelle desinfizierende Wirkung gegenüber pathogenen Keimen,
- Verhinderung von Infektionen des Personals bzw. der Studierenden,
- kein Herauslösen von organischen Gewebeanteilen,
- gute strukturelle Langzeitkonservierung der Organe und Gewebe,
- Strukturverfestigung der Gewebe und Organe in möglichst natürlichem Zustand,
- Verhinderung von Schrumpfung und Verformung,
- Verhinderung der Überhärtung bei Erhaltung einer gewissen Flexibilität und Weichheit der Organe,
- Verhinderung der Austrocknung,
- Verhinderung von Schimmelbildung und bakteriellem Wachstum auf den Leichen in den Präpariersälen,
- Reduktion von gesundheitsschädlichen Substanzen in der Fixierungslösung,
- lange Haltbarkeit,
- Beitrag zur Entpersonalisierung durch Veränderung des Hautkolorits und der Haptik, wobei eine gewisse Farberhaltung der Organe und Gewebe durch Minimierung der durch Oxidation hervorgerufenen Bräunung wünschenswert ist.

Meist schließt sich an die innere Fixierung über Injektion des Fixierungsgemisches in die Beinschlagader (A. femoralis) und/oder Halsschlagader (A. carotis communis) (Perfusionsfixierung) eine Lagerung in mit Fixierungsgemisch (oder seiner Gasphase) gefüllten Küvetten („geschlossenes Fixierungssystem"; äußere Fixierung) über einen längeren Zeitraum an (Immersionsfixierung).

Als wesentliche Bestandteile enthalten die Fixierungslösungen in unterschiedlichen Konzentrationen Ethanol, Phenol (inzwischen meist ersetzt durch Phenoxyethanol als Phenolersatz), Glyzerin und vor allem Formaldehyd. Ethanol zeichnet sich durch bakterizide, antifungizide und antivirale Eigenschaften aus und koaguliert Proteine. Phenol, ebenfalls bakterizid und fungizid wirkend, wird aufgrund seiner toxischen Eigenschaften nur noch selten verwendet oder durch das (geringfügig schwächer) bakerizid wirkende *Phenoxyethanol ersetzt. Glyzerin wird aufgrund seiner wasserbindenden Eigenschaften häufig als „Weichmacher" dem Fixierungsgemisch hinzuge-*

*fügt. Formaldehyd ist aufgrund seiner sehr stark bakteriziden, fungiziden, insektiziden und antiviralen Wirkung sowie seiner sehr guten Gewebe-fixierenden Eigenschaften (reversible Vernetzung von Proteinen) als wichtigster Bestandteil der Fixierungsgemische anzusehen (Brenner 2014). Allerdings findet Formaldehyd aufgrund seiner starken versteifenden Wirkung nicht als alleiniges Agens Anwendung, sondern wird immer in Kombination mit anderen Substanzen eingesetzt, mehr oder weniger hoch konzentriert (Endkonzentration: 3%-10%). Nach Injektion des Formalins, insbesondere in höheren Konzentrationen oder bei zu langer Einwirkung, machen sich die unnatürliche Härtung und Entfärbung des Gewebes nachteilig bemerkbar (Thiel 1992). Weitere Nachteile des Formaldehyds sind seine die Gesundheit beeinträchtigenden Wirkungen (Reizung der Haut und der Atemwege, Konjunktivitis, Kopfschmerzen, Auslöser von Allergien, Karzinogenität). Am 05.06.2014 stufte die Europäische Kommission Formaldehyd als Karzinogen der Kategorie 1B und als Mutagen der Kategorie 2 ein. In diese beiden Kategorien fallen Stoffe, die wahrscheinlich beim Menschen krebsauslösend sind und als erbgutverändernd angesehen werden können. Gleichzeitig wurde der Wert für die maximale Arbeitsplatzkonzentration (MAK-Wert) von 0,64 auf 0,37 ppm herabge*setzt (Thullner et al. 2015). Der neu eingeführte Grenzwert wurde in den Präpariersälen einiger Anatomischen Institute überschritten, sodass sogar vereinzelt der Kursus der makroskopischen Anatomie für Studierende der Medizin nicht durchgeführt werden konnte. Im Dezember 2015 konstituierte sich daher ein Arbeitskreis der Anatomischen Gesellschaft zur Reduktion der Formaldehydbelastung. Nach eingehender Diskussion wurden folgende Empfehlungen für die deutschen Anatomien verabschiedet (AG_Formalin_Protokoll_20151111_final):

- Aufgrund der ausgezeichneten Fixierungseigenschaften keine vollständige Substitution von Formaldehyd in Fixierungslösungen, die zur Konservierung von Kursleichen eingesetzt werden.
- Reduktion der Formaldehyd-Exposition bei Fixierung und Konservierung.
- Minimalkonzentration von 2% soll erhalten bleiben, um eine sichere Abtötung von Keimen zu gewährleisten.
- Durchführung von baulichen (z.B. Lüftungsanlage mit Tischabsaugung) und organisatorischen Maßnahmen (Anzahl der aufgedeckten Präparate, Verhältnis Personenzahl zur Größe des Präpariersaals) in den Präpariersälen.

Das Thema wird die Anatomischen Institute aber sicherlich noch eine Zeit lang beschäftigen. So hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) im Oktober 2016 zu einem Fachgespräch zur Reduzierung der Formaldehydkonzentation im anatomischen Praktikum eingeladen. Hier wurden weitere Lösungsansätze diskutiert. Ein abgestimmtes lufttechnisches Konzepts, welches die Erfassungstechnik, Raumlüftung und Verifikation (Messung unter realen Bedingungen) beinhaltet, soll entwickelt und umgesetzt werden. Die Gefährdung soll durch Maßnahmen nach der Rangfolge STOP (Substitution, Technik, Organisation, persönliche Schutzausrüstung) minimiert werden. So wurden lüftungstechnische Maßnahmen vorgestellt, die die Formaldehydbelastung im Kursus der Makroskopischen

Anatomie reduzieren können (Dahncke et al. 2016). Überlegungen zur postmortalen Infektiosität

Normalerweise stellen fixierte Leichname der Körperspender keine bekannte infektiöse Gefahr dar (Sanchez Gonzales 2015), denn die verwendeten Konservierungsmittel wirken antibakteriell und antiviral (Brenner 2014). Allerdings besteht ein Infektionsrisiko bei den Vorbereitungen zur Konservierung. Daher erkundigen sich in der Regel die Prosekturen der Anatomischen Institute vor Annahme eines verstorbenen Körperspenders, ob eine hochinfektiöse Erkrankung vorliegt. Manche Institute führen sogar postmortale Bluttests durch, um das Risiko für das Personal zu minimieren (Watkins et al. 1998). Generell gilt das Vorliegen einer hochinfektiösen Erkrankung als Ausschlusskriterium für die Annahme einer Körperspende, um vor allem das Personal zu schützen (Sanchez Gonzales 2015). Da eine Infektion nicht immer eindeutig ausgeschlossen werden kann und zudem von der Art, der Konzentration und der postmortalen Inaktivierung des Pathogens sowie vom Infektionsstatus abhängt (Demiryürek et al. 2002), wird jeder Leichnam als potentiell infektiös angesehen, und entsprechende Standardschutzmaßnahmen werden eingehalten. Jedoch gewährleisten die heute für die arterielle Injektion verwendeten Fixierungslösungen mit ihren nachgewiesenen antibakteriellen und antiviralen Eigenschaften (Brenner 2014) und die anschließende Lagerung über einen längeren Zeitraum in einer Konservierungslösung (mindestens 6 Monate) ein sicheres Abtöten sämtlicher Krankheitskeime (Lischka et al. 1979) und erhöhen den Sicherheitsfaktor. Da bisher fraglich ist, ob die derzeit durchgeführten Konservierungsmaßnahmen auch entartete körpereigene Proteine, sog. Prionen (proteinartige infektiöse Partikel), Auslöser von neurodegenerativen Erkrankungen wie transmissible spongioforme Enzephalopathien und Creutzfeld-Jakob-Krankheit, zuverlässig abtöten (Demiryrek et al. 2002), werden Körperspender mit Prionenerkrankungen abgelehnt.

5. Anatomische Kenntnisse in der Chirurgie

Im Jahr 2009 war auf dem 126. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München die anatomische Ausbildung der Chirurgen und die Konsequenzen von Defiziten bei Anatomie-Kenntnissen für die Patientenversorgung ein Schwerpunktthema. Auf mehreren Kongressveranstaltungen wurde die anatomischen Aus- und Weiterbildung thematisiert. Auszüge aus der Pressekonferenz mit dem Thema „Defizite bei Anatomie-Kenntnissen gefährden die Patientenversorgung", die während des Kongresses gegeben wurde, verdeutlichen sehr gut, wie wichtig die Anatomie für die chirurgischen Fächer ist. So heißt es in einem Auszug aus der Pressekonferenz unter anderem :

- Das Wissen vom Aufbau des menschlichen Körpers ist in allen chirurgischen Fachgebieten Grundlage für eine optimale Diagnose und Therapie.

Das Fach Anatomie kommt jedoch zu kurz in der medizinischen Ausbildung.
- Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) befürchtet, dass dies zukünftig die chirurgische Versorgung von Patienten gefährdet.
- Sind Menschen schwer verletzt, stehen Unfallchirurgen vor besonderen Herausforderungen: Sie benötigen gute anatomische Kenntnisse, um in kürzester Zeit lebensrettende Entscheidungen zu treffen.
- Wie wichtig die anatomische Ausbildung ist und wo sie verbessert werden kann, ist ein Schwerpunktthema des 126. Chirurgenkongresses vom 28. April bis 1. Mai 2009 in München.
- Technischer Fortschritt ersetzt nicht anatomisches Wissen. Reicht die chirurgische Ausbildung aus?
- Schnelle Entscheidungen bei lebensrettenden Maßnahmen: Wann gefährden Anatomie-Defizite die Patientenversorgung?

In der Tat schreitet die chirurgische Technik ständig voran, wird verbessert und verfeinert. Neue minimalinvasive Techniken wie Mikrochirurgie, fiberoptische Endoskopie, laparoskopische und arthroskopische Chirurgie erfordern ständig neues Erlernen und Einüben der entsprechenden Fertigkeiten. Hinzu kommt das steigende öffentliche Interesse an einer fehlerfreien ärztlichen Tätigkeit (Cosman et al. 2007, Hayashi et al. 2016).

Dass es nach wie vor und immer wieder zu Behandlungsfehlern aufgrund mangelnder anatomischer Kenntnisse kommt, zeigen Publikationen (z. B. Kernt B, Neu J: Verletzung des N. medianus nach minimal-invasiver Dekompression Unfallchirurg 2011; 114: 538-540; Methfessel H-D, Petri E, Neu J: Ureterläsionen bei gynäkologischen Eingriffen Unverschuldete Komplikation oder haftungsbegründender Fehler? Gynäkologe 2014, 47:44-48) und belegen Beispiele aus der Sammlung der Schlichtungsstelle für Arzthaftfragen der norddeutschen Ärztekammern. Alle bisherigen Fälle, die zum Schlichtungsverfahren geführt haben, finden sich auch im Internet abrufbar unter http://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de/fallsammlung/. Eine kleine Auswahl sei hier stichwortartig aufgeführt:

- Verletzung des N. ulnaris bei einer planmäßigen Operation im Bereich der Achselhöhle,
- Harnleiterverletzung bei Adnexenentfernung,
- Bandscheibenoperation im falschen Segment,
- nicht erkannte Fußwurzelverletzungen,
- doppelseitige Lähmung des N. laryngeus recurrens nach Operation einer Rezidivstruma,
- Verletzung des N. accessorius bei einer Lymphknotentexstirpation im seitlichen Halsdreieck,
- fehlerhafte Tumorentfernung im Halsbereich mit der Folge einer Armplexusschädigung.

Schaut man sich die Antragsentwicklung ab dem 03.10.1990 unter Berücksichtigung der Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen und ab dem 01.01.2014 unter Berücksichtigung des Saarlandes an, zeigt sich bis 2001 eine ständige wachsende Zahl an Anträgen. Von 2001 an verbleibt die Zahl der eingereichten Anträge auf einem konstant hohen Niveau (Abb. 1).

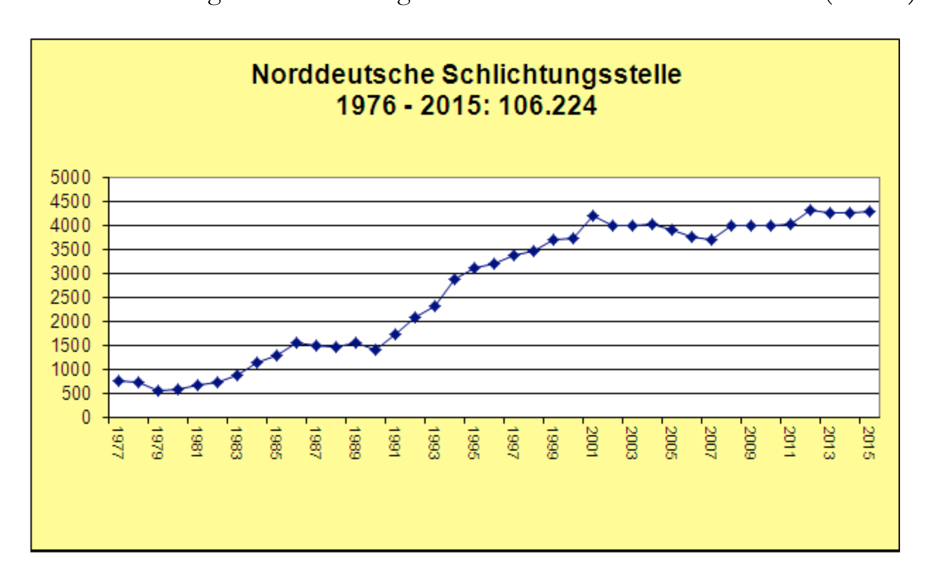


Abb. 1: Antragsentwicklung der Norddeutschen Schlichtungsstelle (http://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de/fakten-und-zahlen/antragsentwicklung/)

Die hieraus zwangsläufig resultierende Schlussfolgerung heißt:

- Der Kursus der Makroskopischen Anatomie während des Medizinstudiums muss beibehalten werden (Ochs et al. 2012).
- Zusätzlich muss es Fortbildungsangebote für Ärzte geben (s.u.), und zwar in Form von klinisch-anatomischen Kursen
  ⇒ zur Auffrischung der topographischen Kenntnisse, um Fehler bei der Freilegung und Darstellung anatomischer Strukturen während einer Operation zu vermeiden, und
  ⇒ zur Erprobung neuer Operationstechniken und Etablierung neuer chirurgischer Zugänge.

Inzwischen bieten von den 35 deutschen Anatomien etwa 15 Institute klinisch-anatomische Kurse an, die der ärztlichen Weiterbildung dienen. Informationen hierüber finden sich auf den jeweiligen Homepages der Institute. Auch im Institut für Funktionelle und Angewandte Anatomie der MHH werden klinisch-anatomische Kurse der unterschiedlichsten Art durchgeführt (https://intranet.mh-hannover.de/klinische_anatomie.html?&MP=175-8345). Im Jahr 2010 wurden in

Hannover 10 Kurse pro Jahr angeboten. Im Laufe der letzten Jahre nahm die Kurszahl pro Jahr stetig zu, im Jahr 2015 waren es bereits 20 klinisch-anatomische Kurse. Mit der zunehmenden Zahl an klinischen Fortbildungen in der Anatomie stieg auch der Wunsch der Kliniker, die Fortbildungen so realitätsnah wie möglich durchführen zu können. Die konventionell fixierten Kursleichen von Körperspendern weisen diesbezüglich einige Nachteile auf:

- erhöhte Steifheit des Körpers,
- verminderte Gelenkbeweglichkeit,
- schlechte Farberhaltung (Entfärbung) aufgrund der Umwandlung von Hämoglobin in braunes Methämoglobin,
- verändertes Hautkolorit,
- veränderte Haptik,
- Auftreten von Allergien, Haut-, Atemwegs- oder Augenreizungen.

Daher lag es nahe, Leichen (z.B durch vorübergehendes Einfrieren, s.u.) so zu konservieren, dass sie sich für klinische Fragestellungen besser eignen.

6. Leichenkonservierung für klinisch anatomische Kurse

In der Regel können die verstorbenen Körperspender aufgrund ihres Vermächtnisses zur Körperspende auch für klinisch-anatomische Kurse im Rahmen der Weiterbildung verwendet werden. Hierbei ist zu beachten, dass der Leichnam selbst keine veräußerbare Sache im zivilrechtlichen Sinne ist. Daher dürfen Leichen oder Leichenteile grundsätzlich nicht für Handelsgeschäfte genutzt werden. Sie gelten als „res extra commercium“ (Maeda 2015). Entsprechend können die Leichen für klinische Kurse nicht gekauft werden. Eine Kommerzialisierung der Körperspenden widerspricht zudem den ethisch-moralischen Vorstellungen der heutigen Zivilgesellschaft. Da dem jeweiligen Institut Unkosten entstehen, die mit der Fixierung und der Bereitstellung der Leiche für die klinischen Kurse verbunden sind, ist die Vergütung in Form einer Bereitstellungsgebühr jedoch zulässig (Donate y Oliver 2015).

Im Lauf der letzten Jahre wurden in den Anatomischen Instituten neben dem Auftauen von tiefgefrorenen Leichnamen alternative Konservierungsprotokolle entwickelt. Die interessantesten Protokolle seien hier genannt und deren Vor- und Nachteile kurz charakterisiert. Es werden hierbei Konservierungslösungen verwendet, die Formaldehyd, wenn überhaupt, dann nur in geringen Konzentrationen enthalten. Zu nennen wären folgende Gemische:

- Thiel-Lösung
- gesättigte Salzlösung
- Alkohol-Glyzerin-Lösung
- modifizierte Alkohol-Formalin-Glyzerin-Lösung

6.1 Aufgetaute tiefgefrorene anatomische Präparate

Verstorbene Körperspender werden nach Durchführung der zweiten Leichenschau nicht fixiert, sondern tiefgefroren und bei Bedarf aufgetaut. Diese Leichen sind somit nicht chemisch fixiert und kommen so der Haptik und Beweglichkeit von Patienten am nächsten. Lebensechte Farbe, Weichheit und Biegsamkeit sind weitere Vorteile. Voraussetzung ist jedoch die Möglichkeit der Tiefkühlung mit genügend Platz. Den Vorteilen stehen jedoch nicht zu vernachlässigende Nachteile gegenüber. Neben dem erhöhten Infektionsrisiko ist aufgrund der Autolyse und des Bakterienwachstums auch keine Verwendung der Körper über einen längeren Zeitraum möglich. Zudem bedarf es am Ende der Kurse eine umfangreiche Desinfektion. Daher sollten für klinisch-anatomische Kurse verwendete verstorbene Körperspender durchaus fixiert werden, um das Infektionsrisiko zu mindern und eine längere Nutzungszeit zu ermöglichen.

6.2 Konservierung mit der Thiel-Lösung

Eine arterielle Injektion mit der von dem Anatomen *Walter Thiel* entwickelten und bereits 1992 publizierten Konservierungslösung (Thiel 1992) wirkt einerseits keimabtötend und verleiht andererseits dem Ganzkörperpräparat hervorragende und realitätsnahe Eigenschaften. Zusammenfassend ergeben sich folgende Vorteile:

- sehr weiche und flexible Körper mit fast natürlichen Farben,
- das Hautkolorit ist beinahe lebensecht,
- hervorragende visuelle und haptische Eigenschaften,
- Infektionsrisiko geringer als bei aufgetauten Leichen.

Jedoch muss die Fixierungslösung mit relativ großem Aufwand aus mehreren Komponenten zusammengesetzt werden: Die wässrige Lösung für die Gefäßinjektion besteht aus großen Mengen an Salzen wie Ammoniumnitrat, Kaliumnitrat, Natriumsulfit sowie geringen Konzentrationen an Formaldehyd, Borsäure, Ethylenglykol und Chlorkresollösung. Die Lagerung der perfusionsfixierten Leichen erfolgt in der sog. Tonnenlösung, die wiederum aus mehreren Komponenten besteht (Wasser, Borsäure, Ethylenglykol, Ammoniumnitrat, Kaliumnitrat, Formalin). Die Nitrate bilden mit dem Myoglobin der Muskulatur Nitromyoglobin, welches die Muskulatur intensiv rot färbt (Hammer et al. 2015, Hayashi et al. 2016). Ethylenglykol ist mit dem Glyzerin verwandt und somit für die weichen Eigenschaften der Gewebe verantwortlich (Thiel 1992). Der Zusatz von Borsäure bewirkt die ausgesprochen hohe Flexibilität der Körper und ihre Gelenkbeweglichkeit. Ursache hierfür ist die außerordentlich hohe Fragmentierung der Muskelfasern, so dass Thiel-fixierte Körper signifikante Änderungen in den biomechanischen Eigenschaften aufweisen, die nicht mit dem Lebenden vergleichbar sind (Hayashi et al. 2016). Während der Kurse müssen die Leichen immer wieder mit einer gesondert angefertigten Flüssigkeit befeuchtet werden, um ein Austrocknen zu vermeiden.

Diese Maßnahmen verhindern allerdings nicht einen Flüssigkeitsaustritt, der über die Zeit zu einer drastischen Volumenabnahme der Leiche führt. Wenn die Leichen nicht in der kursfreien Zeit in die entsprechende Flüssigkeit gelegt werden, „magert" die Leiche im Verlauf von Wochen sehr stark ab. Bei normalen Kurszeiten halten sich diese Veränderungen aber in einem akzeptablen Rahmen (Thiel 1992). Neben dieser begrenzten Haltbarkeit der Thiel-fixierten Leichen ist noch anzumerken, dass die Eingeweide zusätzlich mit einer stärker Formalin-haltigen Eingeweidelösung direkt über Trachea, Ösophagus und Rektum gefüllt werden müssen. Auch Gehirn und Rückenmark müssen mit einer separat angefertigten Lösung direkt fixiert werden (Thiel 1992, 2002). Es kommt hinzu, dass die Lösung aufgrund ihrer vielen Ingredienzien schwierig anzusetzen und relativ teuer ist (Hammer et al. 2015, Hayashi et al. 2016).

Nichtsdestotrotz werden an einer ganzen Reihe von Instituten Thiel-fixierte Leichen sehr häufig für klinisch-anatomische Studien genutzt, auch aufgrund ihrer Eignung für den Einsatz von bildgebenden Verfahren und der Intubationsmöglichkeit (Hayashi et al. 2016). Trotz der relativ geringen Formaldehydkonzentration (effektiv 0,6-0,8%) zeigt die Fixierung gute desinfizierende Wirkung auch gegen Viren (Thiel 1992). Die Formalinbelastung der Umgebung während der Präparation liegt unter dem neuen MAK-Wert (Thiel 1992).

6.3 Konservierung mit einer gesättigten Salzlösung

Die Verwendung einer gesättigten Salzlösung bietet sich als kostengünstigere Alternative an für die Fixierung von verstorbenen Körperspendern, die für die klinische Fortbildung genutzt werden sollen (Coleman & Cogan 1998, Hayashi et al. 2016). Salze wurden schon in der Frühzeit zur Einbalsamierung erfolgreich verwendet. Die 1998 von *Coleman* und *Cogan* eigeführte „gesättigte Salzlösung" enthält neben großen Salzmengen (20 kg NaCl auf 35 l Wasser) geringe Mengen an Phenol, Isopropylalkohol und Formalin (Endkonzentration 0,75%). Die Körper sind relativ weich und beweglich, die Organe und Gewebe zeigen realistische Farben. Die visuelle und taktile Bewertung, das Legen eines Hautschnittes, die Trennung von Cutis und Subcutis sowie das Nähen sind ähnlich gut durchführbar wie bei den Thiel-fixierten Leichen. Eine suffiziente antimikrobielle Wirkung konnte wie bei der Thiel-Fixierung nachgewiesen werden. Im Vergleich zu den Thiel-fixierten Leichen sind die Gelenke und Gewebe etwas fester (Hayashi et al. 2016). Beide Fixierungen beeinflussen die Bildqualität bei Anwendung von bildgebenden Verfahren nicht; ebenfalls besteht die Möglichkeit der Intubation (Hayashi et al. 2016).

6.4 Konservierung mit der Ethanol-Glyzerin-Lösung

Es werden 0,7l/kg Körpergewicht eines Gemisches, das überwiegend aus Ethanol besteht, in die Beinschlagader injiziert. Die anschließende Lagerung erfolgt in einem Ethanol-Glycerin-Thymol-Gemisch für 4 Wochen. Danach werden die fixierten Körper bei 3°C in einen Baumwollsack und in Polyäthylenfolie bis zur Nutzung eingehüllt (Hammer et al. 2015, Hammer et al. 2011). Als Vorteile dieser Fixierungsmethode sind anzusehen:

- Flexibilität des Körpers und der Extremitäten vorhanden,
- leichte Verhärtung der Cutis und Subcutis,
- innere Organe beweglich, jedoch etwas härter als bei der Thiel-Fixierung,
- Farberhaltung der Gewebe weniger natürlich (blasserer Teint).

Ein erheblicher Nachteil ist jedoch das höhere Infektionsrisiko aufgrund des Fehlens von Formaldehyd.

Im Institut für Funktionelle und Angewandte Anatomie der MHH wird für die Fixierung von Körperspendern für klinische Kurse die *Ethanol-Glyzerin-Formalin*-Lösung verwendet (Weichfixierung nach Kohne). Die Gefäßinjektion erfolgt mit einer Ethanol-Glycerin-Formalin-Lösung, der Phenoxyethanol, Nitritpökelsalz und Thymol beigefügt ist. Anschließend werden die fixierten Körper in mit 30%igem Ethanol für mindestens 6 Monate in gefüllten Küvetten gelagert. Die Formaldehydendkonzentration beträgt 0,6 %, so dass ein ausreichender Infektionsschutz gewährleistet ist. Als Vorteile wären zu nennen:

- gute Beweglichkeit,
- Eingeweide weicher als bei Standard-Fixierung,
- Infektionsrisiko geringer als bei aufgetauten Leichen,
- Farberhaltung und Flexibilität des Körpers sind weniger stark ausgeprägt.

7. Zusammenfassung

Die anatomische Sektion war und ist eine Conditio sine qua non für die Aus- und Weiterbildung in der Medizin. Bei der chemischen Konservierung der Leichen sollte auf Formaldehyd aufgrund seiner hervorragenden Fixierungseigenschaften nicht gänzlich verzichtet werden.

Es empfiehlt sich, die Fixierung von verstorbenen Körperspendern für den Kursus der Makroskopischen Anatomie mit Formaldehyd-haltigen Alkohol-Glyzerin-Gemischen vorzunehmen, um bei der systematischen Zergliederung des gesamten Körpers Organe und Leitungsbahnen freizulegen und zu studieren. Für klinisch-anatomische Fortbildungsveranstaltungen sollte eine Fixierung mit Gemischen erfolgen, die den Leichnam möglichst lebensnah erhalten, ohne das Infektionsrisiko unnötig zu erhöhen,

a) zum gezielten Einüben von chirurgischen Zugängen verbunden mit der Freilegung und der Darstellung anatomischer Strukturen im Operationsgebiet,
b) zur Erprobung neuer Operationstechniken, zur Etablierung neuer chirurgischer Zugänge und zum Einbau neuer Endoprothesen oder Implantate.

Literatur

Becker KW, Tschernig T, Pabst R: Körperspenden für die Anatomien – Deutschland im Wandel der letzten Jahrzehnte. 125 Jahre Anatomische Gesellschaft Jubiläumsausgabe Hrsg.: F. Paulsen, T. Böckers, K.Endlich, HJ Rothkötter; 2011; 79-88.

Brenner E: Human body preservation – old and new techniques. J Anat 2014; 224: 316-344.

Coleman R, Kogan I: An improved low-formaldehyde embalming fluid to preserve cadavers for anatomy teaching. J Anat 1998; 192 (Pt 3): 443-446.

Cosman P, Hemli JM, Ellis AM, Hugh TJ: Learning the surgical craft: a review of skills training options. Anz J Surg 2007; 77: 838-845.

Dahncke M, Hohenberger L, KLusmann H, Stockmann R, Thiel P, Thullner I.: Formaldehyd in der vorklinischen medizinischen Ausbildung (Anatomie) – Reduzierung der Formaldehydbelastung im anatomischen Praktikum: lüftungstechnische Maßnahmen. Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft 2016; Bnd. 76, Ausg. 10: 387397.

Demiryürek D, Bayramoğlu A, Ustaçelebi S: Infective agents in fixed human cadavers: a brief review and suggested guidelines. Anat Rec 2002; 269: 194-197.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Pressekonferenz vom 29. April 2009 zum 126. Chirurgenkongress vom 28. April bis 1. Mai 2009 in München. Chirurgen fordern mehr anatomische Aus- und Weiterbildung. Defizite bei Anatomie-Kenntnissen gefährden Patientenversorgung. (http://www.thieme.de/specials/presseservice/dgch/pdf/pressemappe%20_dgch_mi_29.4.09.pdf).

Donate y Oliver, F: Ethical and legal aspects of corpse donation. Eur J Anat 2015; 19 (S1): 5-8.

Eicher Th (Hrsg.): Das Bergwerk von Falun: Varianten eines literarischen Stoffes, Münster 1996.

Hammer N, Löffler S, Bechmann I, Steinke H, Hädrich C, Feja C: Comparison of modified Thiel embalming and ethanol-glycerin fixation in an anatomy

environment: Potentials and limitations of two complementary techniques. Anat Sci Educ 2015; 8: 74-85.

Hammer N, Löffler S, Feja C, Bechmann I, Steinke H: Substitution of formaldehyde in gross anatomy is possible. J Natl Cancer Inst 2011; 103: 610-611.

Hayashi S, Naito M, Kawata S, Qu N, Hatayama N, Hirai S, Itoh M.: History and future of human cadaver preservation for surgical training: from formalin to saturated salt solution method. Anat Sci Int 2016; 91: 1-7.

Hildebrandt S: Capital punishment and anatomy. History and ethics of an ongoing association. Clin Anat 2008; 21: 5-14.

Hildebrandt S: Anatomy in the third Reich: an outline, part 2. Bodies for anatomy and related medical disciplines. Clin Anat 2009; 22: 894-905.

Hildebrandt S, Aumüller G.: Anatomie im Dritten Reich. 125 Jahre Anatomische Gesellschaft Jubiläumsausgabe Hrsg.: F. Paulsen, T. Böckers, K.Endlich, HJ Rothkötter; 2011; 41-47.

Kutschera W, Rom W. Otzi, the prehistoric Iceman: Nuclear Instruments and Methods in Physics Research B 2000; 164-65: 12-22.

Lischka, MF, Wewalka G, Stanek G, Krammer EB: Vergleichsuntersuchungen der Desinfektionswirkung verschiedener Konservierungslösungen für Anatomieleichen. Anat Anz 1979; 146: 295-306.

Madea, B: Die ärztliche Leichenschau. Springer, 2. Aufl. 2006.

Madea, B: Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer, 3. Aufl. 2015.

Mayer, RG: Embalming – History, theroy and practice. McGraw Hill Professional, 2012.

Ochs, M, Mühlfeld C, Schmiedl, A: Präparierkurs: Grundlage ärztlichen Handelns. Dtsch Ärztebl 2012; 109(43): A 2126–2127.

Redies C, Hildebrandt S: Anatomie im Nationalsozialismus. *Dtsch Ärztebl* 2012; 109(48): 2413-2415.

Sanchez Gonzales JJ: A general view of occupational hazards in dissection halls. Eur J Anat 2015, 19 (S1): 13-17.

Thiel W: Die Konservierung ganzer Leichen in natürlichen Farben (The preservation of the whole corpse with natural color). Ann Anat 1992; 174: 185-195.

Thiel W.:Ergänzung für die Konservierung ganzer Leichen nach W. Thiel (Supplement to the conservation of an entire cadaver according to W. Thiel). Ann Anat 2002;184: 267-269.

Thullner I, Stockmann R, Hohenberger L: Formaldehyd in der vorklinischen medizinischen Ausbildung (Anatomie). Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft 2015; Bnd. 75, Ausg. 6: 219-228.

Watkins BP, Haushalter RE, Bolender DL, Kaplan S, Kolesari GL: Postmortem blood tests for HIV, HBV, and HCV in a body donation program. Clin Anat 1998; 11: 250-252.

Aktuelle Fragen der Leichenöffnung aus der Sicht der Rechtsmedizin

Prof. Dr. med. Burkhard Madea

1. Einleitung

Die Obduktion, die innere Leichenuntersuchung, ist eine der für die Entwicklung der neuzeitlichen Medizin wegweisendsten Untersuchungsmethoden. Die heutigen Möglichkeiten der Medizin fußen maßgeblich auf bei Obduktionen gewonnenen Erkenntnissen. Bis ins 20. Jahrhundert basiert die Forschung in der Medizin – neben dem Experiment – auf der systematischen Auswertung von Obduktionsergebnissen und ihrer Korrelation mit klinischen Befunden des Patienten [1-3, 8, 11-18, 40-47].

Auch nach 1950 haben Autopsiestudien zur Identifizierung von Krankheiten und Syndromen beigetragen (Tab. 1).

Tabelle 1: Krankheiten und Syndrome, bei denen nach 1950 im Wesentlichen Autopsiestudien zur Aufklärung der Ätiopathogenense beigetragen haben (Moch et. al 1999)

Kardiovaskuläre Erkrankungen	• primäre Kardiomyopathien • Rheumatische Herzklappenveränderungen • Komplikationen der Herzchirurgie • Störungen des Reizleitungssystems • Mitralklappenprolaps

Lungenerkrankungen	• Schocklunge • Sauerstofftoxizität • Pneumozystispneumonie • Hyaline Membranenkrankheit des Neugeborenen • Legionellose • Staublungenerkrankungen (Asbestose, Berylliose) • Lipidpneumonie
Lebererkrankungen	• Virushepatitis • Neonatale Riesenzellhepatitis • Angiosarkom der Leber als Folge der Vinylchloridexposition • Hyperplasie bei Einnahme von Kontrazeptiva • Aflatoxin-induzierte Lebertumoren
Nierenerkrankungen	• Analgetikanephropathie • Akute Tubulusnekrose • Sklerodermieniere
Nervensystem	• diabetische Neuropathie • Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung • Progressive Leukoenzephalopathie • Morbus Alzheimer • Silberkornkrankheit • Tauopathien
Andere	• Zollinger-Ellison-Syndrome • Bestrahlungsfolgen (Zweitkarzinome) • Gallengangskarzinome infolge Thorotrastexposition • Folgen des Morbus Haemolyticus neonatorum • Folgen der Steroidtherapie (Ulzera, Cushingsyndrom, Reaktivierung der Tuberkulose, Osteoporose, Infektionen) • Prognose und Ausbreitung von Karzinomen • Alkoholembryopathie • Nachweis nosokomialer Infektionen (Endomykosen) • Kollagenosen • Folgen rheumatischer Erkrankungen • Missbildungssyndrom infolge exogener Einflüsse (Contergan, Rötelnembryopathie)

Zu differenzieren sind im Wesentlichen die anatomische Sektion, die klinische Sektion und die forensische Obduktion [2, 8, 30, 44]. Die anatomische Sektion entwickelte sich in den oberitalienischen Städten seit dem 13. Jahrhundert. Sie diente vor allem der Erforschung von Bau und Funktion des menschlichen Körpers. Ihre Entwicklung wurde maßgelblich durch *Andreas Vesalius* (1514-1564) in Padua vorangetrieben. Große Fortschritte wurden im 16. bis 18. Jahrhundert nicht nur in Italien, sondern auch den Niederlanden erzielt.

Die pathologische Sektion dient der Erforschung von „Sitz und Ursachen der Krankheiten", so der Titel des wegweisenden Werkes von *Giovanni Battista Morgagni* (1682-1771). *Morgagni* hatte bereits als junger Mann die Leichensektion als Mittel der pathologischen Forschung herausgestellt. Neben der Aufklärung von Sitz und Ursache von Krankheiten diente die pathologische Sektion auch der Aufklärung von Ätiologie und Pathogenese. Bis ins 20. Jahrhundert waren klinische Obduktionen das wesentliche Werkzeug der Krankheitsursachenforschung. Von Organen verlagerte sich der Schwerpunkt der Krankheitsursachenforschung auf Gewebe (*Marie Francoise Xavier Bichat* 1771-1802), über die zelluläre (*Rudolf Virchow* 1821-1902) und subzelluläre Ebene schließlich auf DNA und RNA (Molekularpathologie) [23, 36]. Der Wiener Pathologe *Carl von Rokitansky* (1804-1878) hat persönlich mehr als 30.000 Sektionen durchgeführt und weitere 70.000 überwacht.

Die gerichtliche oder rechtsmedizinische Obduktion dient der objektiven Klärung von Todesart und Todesursache als medizinisch-naturwissenschaftliche Tatsachengrundlage zur Beantwortung von Rechtsfragen. Sie wurde auf dem Boden der anatomischen und pathologischen Obduktion im 19. Jahrhundert vor allem durch *Johann Ludwig Casper* (1796-1864) und *Eduard von Hofmann* (1837-1897) systematisiert. Bereits im 17. Jahrhundert forderten Ärzte wie *Johannes Bohn* (1640-1718) oder *Gottfried Welsch* (1618-1690) die Durchführung von Obduktionen zur Klärung der Todesursache, auch wenn keine Anzeichen äußerer Gewalt sichtbar seien.

Die Bedeutung der Obduktion für den Paradigmenwandel in der neuzeitlichen Medizin hat der französische Philosoph *Michel Foucault* in seinem Buch *Die Geburt der Klinik* eindrucksvoll dargestellt. Es bewahrheitet sich bis heute immer wieder der von ihm formulierte Satz: „Erst durch die Obduktion tritt die Krankheit vom Dunkel des Lebens in das Licht des Todes."

Auch in einer hochtechnisierten Medizin haben Obduktionen nach wie vor wichtige Aufgaben [28]:

- Feststellung der Todesursache
- Qualifikation der Todesart
- Vergleich prämortaler (klinischer) und postmortaler (morphologischer) Befunde
- Beitrag zu einer validen Todesursachenstatistik
- Monitoring des öffentlichen Gesundheitswesens
- Qualitätskontrolle der klinischen Medizin

- Ausbildung von Studierenden und Ärzten
- Identifizierung neuer Krankheiten und des Gestaltwandels von Krankheiten
- Evaluation der Therapieeffizienz neuer Medikamente, Operationstechniken etc.
- Unterrichtung der Angehörigen
- Schutz vor unberechtigten Behandlungsfehlervorwürfen bzw. rasche Klärung berechtigter Vorwürfe.

Die Zahl der insgesamt in einem Land durchgeführten Obduktionen wird naturgemäß wesentlich beeinflusst von den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen. Eine ältere Statistik [7] gibt für Deutschland noch eine Obduktionsquote von 5,1 % aller Verstorbenen an (3,1 % klinisch, 2 % rechtsmedizinisch). Während die Anzahl der gerichtlichen Obduktionen relativ stabil blieb, hat die Zahl der klinischen Obduktionen in zahlreichen Ländern dramatisch abgenommen.

Sektionshäufigkeit einiger europäischer Länder (nach Brinkmann et al. 2002):

- Großbritannien 1999: 17.3 % gesamt, 2.1 % klinisch-pathologisch, 15.2 % rechtsmedizinisch;
- Schweden 1992: 22 % gesamt, 16 % klinisch-pathologisch, 6 % rechtsmedizinisch;
- Finnland 1992: 31.1 % gesamt, 14.2 % klinisch-pathologisch, 16.9 % rechtsmedizinisch;
- Dänemark 1992: 16 % gesamt, 13.6 % klinisch-pathologisch, 2.4 % rechtsmedizinisch;
- Deutschland 1999: 5.1 % gesamt, 3.1 % klinisch-pathologisch, 2.0 % rechtsmedizinisch.

Insgesamt werden in der Bundesrepublik Deutschland bei jährlich ca. 820.000 Todesfällen ca. 18.000 gerichtliche Obduktionen gem. § 87 ff. StPO durchgeführt. In England und Wales dagegen entfallen auf 520.000 Todesfälle ca. 100.000 Coroner's autopsies, d.h. die Todesfälle werden gemäß eines „Indikationskatalogs" dem Coroner gemeldet und er ordnet zur objektiven Klärung der Todesursache eine Obduktion an. Gemessen an der Bevölkerung werden in Vilnius, der Hauptstadt Litauens, bei 600.000 Einwohnern knapp 10.000 gerichtliche Obduktionen pro Jahr angeordnet.

2. Aufgabe und Bedeutung

Aufgaben und Ziele der klinischen Obduktionen lassen sich in folgenden Leitsätzen zusammenfassen (siehe auch Tab. 2):

- Abklärung von Grundkrankheit und Todesursache, Qualitätskontrolle der klinischen Diagnostik und Therapie;
- Ausbildung, Weiterbildung und Erziehung der Studierenden und Ärzte – die Sektion als Instrument ärztlicher Selbstkontrolle;
- Sektion als wichtige Hilfe für die Aufklärung und für den Trost der Angehörigen;
- Sektionsbefunde können grundlegende Daten für Fragen des Gesundheitsschutzes liefern;
- Kontrolle der modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten;
- Erkennung neuer Krankheitsbilder sowie eines Panorama- und Gestaltwandels von Krankheiten;
- Sektion als Methode der medizinischen Forschung [2, 3, 8, 17, 45].

Als Beitrag zu einer validen Todesursachenstatistik werden Obduktionsquoten von 25 bis 35 % aller Todesfälle genannt, die schon seit Jahrzehnten nicht mehr erreicht werden.

Tabelle 2: Möglicher Nutzen der Autopsie (nach Moch et. al. 1999)

Für Patienten und Angehörige	• genaue Kenntnis der Todesursache • Entlastung von Schuldgefühlen • Sicherheit, dass der Angehörige bestmögliche Versorgung im Spital erhielt • Nachweis kontagiöser Erkrankungen • Nachweis klinisch unbekannt gebliebener Erbleiden • Nachweis familiärer Erkrankungsdispositionen • Unterstützung für genetische Beratung • Nachweis möglicher Gefährdungen durch Umweltnoxen • Versicherungsrechtliche Aspekte, z. B. bei Berufskrankheiten, Lebensversicherungen • Autopsieergebnisse als Grundlage für Gutachten
Für behandelnde Kliniker	• Bestätigung bzw. Korrektur der prämortalen Diagnosen (Selbstkontrolle) • Analyse von Behandlungskomplikationen und

	Einschätzung der Nebenwirkungen neuer Medikamente • Überprüfung der Untersuchungsbefunde neuer diagnostischer Test und Methoden • Selbstkontrolle der Pathologen (Vergleich der Diagnosen an Operationspräparaten, Biopsien oder zytologischen Präparaten) • Informationen über Ursachen, Manifestationen und Verlauf neuer Krankheiten • Früherkennung von Trends bei Diagnosediskrepanzen • Informationen über Qualität der medizinischen Betreuung und des Pflegedienstes • Beurteilung neuer Operationstechniken
Für die Gesellschaft	• erbesserte Genauigkeit der Mortalitätsstatistiken • Früherkennung einer Zunahme von Berufskrankheiten bzw. Umweltschäden • Früherkennung „neuer“ Infektionskrankheiten und Epidemien • Qualitätskontrolle der Medizin • Bereitstellung von Organen oder Geweben für Transplantationszwecke (Hornhaut, Leichennieren) • Medizinische und epidemiologische Forschung (z. B. Alzheimerforschung, Therapieoptimierung)
Für Medizinstudenten und Pflegepersonal	• Verständnis der Morphologie pathologischer Veränderungen • Korrelation klinischer oder funktioneller mit morphologischen Befunden • Verbesserung anatomischer Kenntnisse • Entwicklung der Fähigkeit, aus eigenen Fehlern zu lernen • Erkennen der „Fehlbarkeit“ der klinischen Diagnostik • selbstkritische Einschätzung des eigenen Handelns • Nachweis von Pflegefehlern

Die Obduktion ist bis heute der „Goldstandard“ zur Klärung von Grundleiden und Todesursachen, die von keinem anderen Verfahren hinsichtlich ihrer Aussagekraft erreicht oder gar übertroffen wird. Diagnostische Ebenen zur Feststellung der Todesursache und Untersuchungssubstrat sind [29-31, 34-36]:

- Leichenschau: Untersuchungsobjekt intakter Körper;
- Obduktion: Organe, Organsysteme, Verletzungen, makroskopische Organveränderungen, Auswirkungen von Erkrankungen auf Organsysteme;
- Histologie inklusive Immunhistochemie: Veränderungen auf gewebs- und zellulärer Ebene;
- Molekularpathologie: zelluläre/subzelluläre Ebene, Nachweis viralen Genoms, von Mutanten mit Ionenkanaldefekten, Slow-Metabolizern; genetische Ursachen plötzlicher Todesfälle („molecular autopsy“)
- Postmortal chemische Untersuchungen: Störungen der Homöostase, Hyperglykämie, Urämie, Wasser-Elektrolythaushalt, Ketoazidose;
- Toxikologie: Substratnachweis, Quantifizierung, Verteilung.

Auf der Ebene von Obduktionen inklusive Anschlussuntersuchungen ist heute nahezu in 100 % der Fälle die Todesursache zumindest im Sinne einer Verdachtsdiagnose plausibel zu klären. Auch bei z.B. erblichen Herzrhythmusstörungen bei strukturell unauffälligem Herzen kann über den Nachweis von Mutationen von Ionenkanaldefekten eine plausible Todesursache formuliert werden [23].

Die Zahlen zur Diskrepanz zwischen klinischen und autoptischen Angaben zu Grundleiden und Todesursache unterstreichen nach wie vor die Notwendigkeit der inneren Leichenuntersuchung. Als Hauptfehler I (major mistakes, Class 1) werden klinisch nicht erkannte Diagnosen bezeichnet, die sich während der Obduktion als Grundleiden und/oder einen Hauptgrund für den Tod des Patienten erweisen [18, 30, 40, 49-51]. Wäre also die Diagnose rechtzeitig erkannt worden, hätte das Leben des Patienten zumindest zeitweilig verlängert werden können. Sie finden sich heute nach wie vor in ca. 10 % der Todesfälle. Nach einer Analyse von Goldman [18] blieben sie bei Vergleich von drei Zeiträumen (1959-1960, 1969-1970, 1979-1980) mit 8 %, 12 % und 11 % nahezu konstant. Vergleichbare Daten gibt es auch aus Deutschland [24-26]. Für ein hochspezialisiertes Krankenhaus wie das Universitätsspital Zürich geht man heute von Hauptfehlern I nur noch in 2 % der Fälle aus. Die Diagnosediskrepanzen konnten von 16 % (1972) über 9 % (1982), 7 % (1992) auf 2 % (2002) gesenkt werden [40, 48].

Erkrankungen, bei denen häufig Diskrepanzen zwischen klinischer und autoptischer Diagnose vorliegen, sind z.B.: Lungenembolie 46,8 %, Peritonitis 45,1 %, postoperative Blutung/Infektion 37,9 %, Darmischämie 37,2 %, Lungenabszess 34,1 %, Niereninfarkt 31,6 %, metastasierendes Karzinom 30,6 %, Alzheimer Erkrankung 30,0 %, akuter Myokardinfarkt 28,3 %, Aortenaneurysma 28,1 %, Nierenentzündung 27,9 %, Pankreatitis 26,6 %, Atelektase/Respiratory Distress Syndrome 26,1 %, Pleuraerguss 26,0 %, Endokarditis 25,6 %, akuter Niereninfarkt

23,1 %, Magenulkus 21,9 % und Bronchopneumonie 20,9 % [11, 30]. Große Diskrepanzen gibt es auch bei fraglich iatrogenen Todesfällen [33, 38].

2.1 Übereinstimmung klinisch und autoptisch festgestellter Todesursachen

Zur Validität der klinischen Todesursachendiagnostik liegen zahlreiche Statistiken vor; in der Regel handelt es sich dabei um eine autoptische Kontrolle der klinischen Diagnosen zu Grundleiden und Todesursache [9-18, 20-22, 24-26, 41-43, 48, 50-51].

Die Rate der Übereinstimmung bzw. Nichtübereinstimmung ist abhängig von

- der Definition,
- der ausgewerteten Krankheitsklasse,
- dem Lebensalter,
- dem untersuchten Patientengut (ambulant, stationär, spezialisiertes Krankenhaus),
- der Dauer des Klinikaufenthaltes,
- der Autopsierate.

Eine rein formalistische Betrachtung mit Vergleich der ICD-Ziffern (International Classification of Diseases) macht dabei wenig Sinn. Die Nichtübereinstimmung zwischen klinisch und autoptisch festgestellten Todesursachen muss weiter operationalisiert werden, bevor von Fehldiagnosen gesprochen werden kann. *Kirch* (1996) definiert Fehldiagnose folgendermaßen: „Eine Fehldiagnose liegt vor,

wenn aufgrund abgeschlossener diagnostischer Entscheidungsprozesse eine Erkrankung bei einem Patienten definitiv angenommen wird, die sich später als unrichtig erweist;

wenn eine Behandlung eingeleitet wurde, die dem später erkannten Krankheitsbild nicht gerecht wird, und sich durch das Nichterkennen der tatsächlich vorliegenden Erkrankung die Prognose des betreffenden Patienten verschlechtert."

Von der Fehldiagnose sind abzugrenzen die Differentialdiagnose und die Arbeitsdiagnose. *Kirch* [24-26] weist bereits darauf hin, dass bei der hohen Diskrepanz zwischen klinisch und autoptisch festgestellten Todesursachen nicht alle Fälle als Fehldiagnose etikettiert werden können, da bei der für eine klinische Diagnostik zur Verfügung stehenden Zeit manche Diagnose eher als Arbeits- oder vorläufige Diagnose bezeichnet werden sollte. *Gross* [19-22] hat bereits vor Jahren bei der Beurteilung und Kategorisierung von Fehldiagnosen vier Hauptgruppen der Relativität herausgestellt:

- Relativität zur Trennschärfe,
- zum Untersuchungszeitpunkt,
- zum Inhalt,
- zu den Konsequenzen.

Die Relativität zur Trennschärfe beinhaltet das Verhältnis von weit und eng gefassten Diagnosen. Die diagnostisch, prognostisch und therapeutisch ausschlaggebenden, eng gefassten Diagnosen laufen naturgemäß eher Gefahr, falsch zu sein, als weit gefasste Diagnosen. Die Bedeutung der Relativität zum Untersuchungszeitpunkt versteht sich von selbst: War überhaupt keine Zeit mehr für eine adäquate Diagnostik vorhanden bzw. wurde der Patient dem Arzt primär als Notfall zugewiesen, wird man eine verpasste Diagnose nicht als Fehldiagnose auffassen können. Neben der Relativität des Inhaltes („major mistakes“, „minor mistakes“) ist von besonderer, auch juristischer Bedeutung die Operationalisierung des Begriffes der Fehldiagnose hinsichtlich der Konsequenzen. Eine Fehldiagnose kann einerseits in eine falsche Therapie münden, andererseits in das Unterlassen einer indizierten Therapie.

Der Begriff des Diagnosefehlers ist ebenfalls im Hinblick auf die juristische Bedeutung zu operationalisieren: hinsichtlich der Prognose der verkannten Erkrankung und hinsichtlich zweier therapeutischer Indizes: Nutzen einer durchgeführten Therapie zu Schaden einer durchgeführten Therapie, Nutzen einer unterlassenen Therapie zu Schaden einer unterlassenen Therapie. Basierend auf diesen Beurteilungskriterien ergab eine Analyse von 770 Sektionsfällen aus der Medizinischen Universitätsklinik Köln 4% falsche und 10% wesentlich zu erweiternde Diagnosen [19-21]. Die Görlitzer Studie (Modelmog 1992) deckte insgesamt 25,4 % falsche Diagnosen mit klinischer Konsequenz auf. *Kirch* (1996) kam für die Kieler Medizinische Universitätsklinik gleichbleibend auf ca. 10 % Fehldiagnosen und ca. 10 % nicht gestellter Diagnosen. Dies deckt sich gut mit Ergebnissen von *Goldmann* et al. (1983) zu konstanten Fehldiagnosen an der Harvard Medical School über die Jahre 1960-1980 mit 10 % Fehldiagnosen mit therapeutischen Konsequenzen und 12 % in einer Hauptdiagnose ohne therapeutische Konsequenzen.

Folgende Erkrankungen sind dabei in der klinischen Diagnose gegenüber dem pathologisch-anatomischen Befund unterrepräsentiert: Lungenthrombembolien, Myokardinfarkte, Leberzirrhosen, Tuberkulosen, maligne Tumoren. Für rechtsmedizinische Fragestellungen ist dabei von besonderer Relevanz, dass Lungenembolien in weniger als der Hälfte der autoptisch gesicherten Fälle klinisch erkannt werden. Gerade die todesursächliche Lungenthrombembolie kann die kausalitätsfüllende Klammer zwischen einem am Anfang der zum Tod führenden Kausalkette stehenden äußeren Ereignis und dem Todeseintritt darstellen [4, 29, 30]. Auch hinsichtlich der Lungenthrombembolien zeigt sich, dass die Rate klinisch erkannter Embolien im Hinblick auf autoptisch verifizierte über vier Jahrzehnte relativ konstant geblieben ist.

Von den zahlreichen Untersuchungen zur Validität der klinischen Todesursachendiagnostik im Vergleich zum pathologisch-anatomischen Befund soll nochmals auf die Görlitzer Studie hingewiesen werden. Im Zeitraum 1986/87 konnten nahezu 100 % der Verstorbenen einer Stadt obduziert werden und die klinisch diagnostizierten Grundleiden und Todesursachen mit dem pathologisch-anatomischen Befund verglichen werden [42]. Eine Übersicht über den Übereinstim-

mungsgrad von Leichenschau- und autoptischer Diagnose getrennt nach Geschlecht und Sterbeort gibt die folgende Aufstellung (Tab. 3):

Tabelle 3: Übereinstimmung zwischen klinisch und autoptisch festgestellter Todesursache

	Keine		Völlige		Teilweise	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamt	45,0	48,8	32,8	33,7	22,2	17,5
Klinik	42,9	44,0	32,7	41,5	24,4	14,5
Heim	63,2	57,8	15,8	16,3	21,0	25,9
Stadt	41,3	50,7	39,3	32,9	19,4	16,4

Bezogen auf das Gesamtmaterial ergab sich in 47 % der Fälle keine Übereinstimmung zwischen Leichenschau- und Obduktionsdiagnose, bei Heiminsassen in nahezu 60 % (siehe Tab. 3). Falsche Diagnosen mit klinischer Konsequenz lagen dabei in insgesamt 25.4 % vor, bei in der Klinik und Stadt Verstorbenen in jeweils 22 %, bei im Heim Verstorbenen in 41 %. Diese Ergebnisse der Görlitzer Studie, die unter den rechtlichen Rahmenbedingungen zur Durchführung von klinischen und Verwaltungssektionen in der Bundesrepublik Deutschland heute nicht mehr möglich wäre, beleuchten eindrucksvoll den schwankenden Boden unserer Todesursachenstatistik, die u.a. eine Basis für die Ressourcenverteilung in unserem Gesundheitswesen darstellt.

Neuere Untersuchungen differenzieren die Diskrepanzen zwischen klinisch und autoptisch festgestellter Todesursache in Hauptfehler und Nebenfehler. Hauptfehler mit möglichen Auswirkungen auf das Überleben des Patienten (Hauptfehler I) finden sich in 11-25 % der Fälle, Hauptfehler II ohne Konsequenzen für Therapie und Überleben in 17-40 % der Todesfälle. Nach einer Metaanalyse von *Shojania* et al. [49-51] haben die Hauptfehler I zwar in den letzten vier Jahrzehnten abgenommen, sie finden sich aber immer noch bei etwa 8 bis 10 % der Todesfälle. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Rate der Übereinstimmung beziehungsweise Nichtübereinstimmung zwischen klinisch und autoptisch festgestellter Todesursache von zahlreichen Variablen abhängig ist (s. oben),

Ein Vergleich zwischen klinisch und autoptisch festgestellter Todesursache, der diese Variablen differenziert erfasst, liegt bislang nicht vor und ist bei den rechtlichen Rahmenbedingungen zur Durchführung von klinischen Sektionen für die Bundesrepublik Deutschland nicht zu erwarten. Dies gilt insbesondere für ambulante Todesfälle, die kaum jemals einer außergerichtlichen Obduktion zugeführt werden. Dem Hauptfehler I würde der Begriff Fehldiagnose entsprechen, von dem auszugehen ist, wenn aufgrund abgeschlossener diagnostischer Entschei-

dungsprozesse eine Erkrankung bei einem Patienten definitiv angenommen wird, die sich später als unrichtig erweist und wenn eine Behandlung eingeleitet wurde, die dem später erkannten Krankheitsbild nicht gerecht wird und sich durch das Nichterkennen der tatsächlich vorliegenden Erkrankung die Prognose des betreffenden Patienten verschlechtert.

2.2 Fehlerquelle durch Sterbeprozess

Strukturelle Probleme hinsichtlich Feststellung der Todesursache und der Qualifikation der Todesart ergeben sich jedoch auch aus dem Sterbeprozess: Trat der Tod unerwartet, nicht ganz unerwartet ein oder war mit dem Ableben zu rechnen? Bei erwarteten Todesfällen, in denen der terminal kranke Patient stationär oder ambulant behandelt wurde, sollte eine medizinischen Ansprüchen gerecht werdende Angabe der Todesursachenkaskade vom Grundleiden zur letztendlichen Todesursache und nachvollziehbare Qualifikation der Todesart möglich sein. 2006 waren bei 16.826.448 stationären Aufnahmen 393.438 stationäre Sterbefälle zu verzeichnen (ca. 48 % aller Sterbefälle). Stand ausreichend Zeit zur Diagnostik zur Verfügung, sollte die Todesursache aus Anamnese, Befunden und Umständen des Todeseintritts ableitbar sein.

Anders liegt es bei plötzlichen Todesfällen aus innerer krankhafter Ursache ohne bekannte Anamnese. Hier wird sich die Todesursache durch die Leichenschau nicht ermitteln lassen; in diesen Fällen kommt es im Wesentlichen auf die Abgrenzung von Verletzungszeichen an. Spurenreiche nichtnatürliche Todesfälle sollten durch die Leichenschau immer entdeckt werden; problematisch sind spurenarme nichtnatürliche Todesfälle (Vergiftung, Stromtodesfälle, Tötung durch weiche Bedeckung oder Halskompression, Spättodesfälle nach Trauma), die fälschlicherweise als unerwartete oder nicht ganz unerwartete natürliche Todesfälle fehlinterpretiert werden [29].

2.3 Harte vs. weiche Diagnosen

Hinsichtlich der Validität der Todesursachen sind harte von weichen Diagnosen zu differenzieren. „Harte Todesursachen" liegen dann vor, wenn Grundleiden und unmittelbare Todesursache eng miteinander verbunden sind, sie in kurzer zeitlicher Aufeinanderfolge eintreten oder ein enger Kausalzusammenhang besteht. Bei harten Todesursachen finden sich Grundleiden und Todesursache in der Regel in einem Organsystem (z. B. Myokardinfarkt mit der Folge einer Herzruptur und Herzbeuteltamponade) [30, 34, 35]. „Weiche Diagnosen" liegen hingegen vor, wenn mehrere Grunderkrankungen bestehen, von denen sich keine a priori als Todesursache anbietet, die Todesursache letztendlich multifaktoriell bleibt. Bei Feststellung der Todesursache bietet die Evaluierung des Sterbenstypus (linearer, divergierender, konvergierender, komplexer Sterbenstyp) eine große Hilfe.

In einem hohen Prozentsatz der Fälle werden durch die Obduktion weitergehende Informationen erzielt, die in nahezu einem Viertel klinische Relevanz hatten [43] (Tab. 4):

Tabelle 4: nach Nestler et. al., Pathologe 29 (2008), 449-45

Disziplin	Fälle mit zusätzlicher Information (%)	Diagnostische oder klinische Relevanz (%)
Innere Medizin	82,1	26,1
Chirurgie	68,0	64,7
Neurochirurgie	66,7	40,0
Anästhesiologie	93,8	60,0
Pädiatrie	50,0	100
Neonatalogie	36,4	25,0
Herzchirurgie	89,1	26,0
Insgesamgt	74,8	32,9

3. Sektionsarten und Rechtsgrundlagen in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es teilweise bundesgesetzlich und teilweise landesgesetzlich geregelte Obduktionen [30, 32, 52-54].

3.1 Bundesgesetzlich geregelte Obduktionen

Strafprozessuale bzw. gerichtliche Sektionen gem. §§ 87 ff. StPO in Verbindung mit § 152 Abs. 2 StPO

Sie wird auf Antrag der Staatsanwaltschaft, „sofern zureichende tatsächliche Anhaltspunkte" für das Vorliegen einer Straftat vorliegen, beim örtlich zuständigen Amtsgericht beantragt und vom Amtsrichter angeordnet. In Deutschland kam es 1999 auf dieser Grundlage zu insgesamt 17.208 gerichtliche Obduktionen.

Sog. Seuchensektionen gem. § 26 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSchG)

Sie werden angeordnet, „wenn dies vom Gesundheitsamt für erforderlich gehalten wird". Rein wissenschaftliches Interesse kann nicht Grundlage für eine Obduktion nach dem IfSchG sein, sondern es handelt sich dabei um eine Untersuchung mit dem Ziel, diejenigen Erkenntnisse zu gewinnen, die notwendig sind, um über erforderliche Schutzmaßnahmen (§§ 28 ff. IfSchG) befinden zu können. Obduktio-

nen nach IfSchG spielen zahlenmäßig keine Rolle; in Bonn wurde innerhalb von 10 Jahren nur eine Obduktion angeordnet.

Feuerbestattungssektionen (ehemals gemäß § 3 Abs. 2 Ziffer 2 Feuerbestattungsgesetz (FeuerbestG) bzw. heute nach Bestattungsgesetzen der Länder)

Die Feuerbestattungssektion wird vom Amtsarzt angeordnet, wenn sich bestehende Zweifel zur Todesursache auch nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt nicht ausräumen lassen. Sie spielt zahlenmäßig nur eine untergeordnete Rolle.

Sozialversicherungsrechtliche Obduktion gem. §§ 103 ff. Sozialgesetzbuch VII

3.2 Teilweise landesgesetzliche Obduktionen

Anatomische Sektion

Hierunter versteht man die Zergliederung von Leichen oder Leichenteilen in anatomischen Instituten zum Zweck der Lehre und Forschung über den Aufbau des menschlichen Körpers. Sie darf unter ärztlicher Aufsicht oder Aufsicht und Leitung von Hochschullehrern der Anatomie zur Ausbildung des Nachwuchses in medizinisch-naturwissenschaftlichen Berufen gemäß Approbations- oder Ausbildungsverordnung vorgenommen werden, sofern der Verstorbene der Sektion zugestimmt und eine Leichenschau stattgefunden hat, sofern ein natürlicher Tod vorliegt oder eine Freigabe des Leichnams durch die Staatsanwaltschaft nach § 159 Abs. 2 StPO erfolgt ist. Die anatomische Sektion dient nicht der Todesursachenklärung.

Klinisch-wissenschaftliche Sektion

Diese ist inzwischen in Sektionsgesetzen einzelner Bundesländer gesetzlich geregelt. Sie dient der Klärung der Todesursache, der Überprüfung der Diagnose- und Therapieverfahren (Qualitätskontrolle), einem dem Fortschritt der Medizin dienendem wissenschaftlichen Interesse in Lehre, Forschung und Epidemiologie sowie der Fürsorge für die Hinterbliebenen. Voraussetzung zur Durchführung einer klinischen Obduktion ist in der Regel das Vorliegen des Einverständnisses des Verstorbenen bzw. der totensorgeberechtigten Angehörigen. In einzelnen Bundesländern ist eine Zulässigkeit auch dann gegeben, wenn Angehörige oder eine bevollmächtigte Person innerhalb einer gesetzlich festgelegten Frist (z.B. 8 Tagesstunden nach Information über die geplante Obduktion) nicht der Obduktion widersprechen. Klinische Obduktionen werden nahezu ausschließlich an in Krankenhäusern Verstorbenen vorgenommen, im Jahr 1999 insgesamt 27.147 klinische Obduktionen, heute deutlich weniger. Die früher herrschende Meinung, eine ohne Einwilligung des Verstorbenen (zu Lebzeiten) bzw. der Totensorgeberechtigten durchgeführte klinische Obduktion sei nicht nach § 168 StGB strafbar, ist nach dem Urteil des Kammergerichtes Berlin (NJW 1990, 782) obsolet.

3.3 Sonstige Obduktionen

Privatversicherungsrechtlich begründete Sektionen

Von privaten Versicherungsträgern werden Obduktionen zur Frage eines Ursachenzusammenhangs zwischen dem eingetretenen Tod und der versicherten Tätigkeit in Auftrag gegeben. Rechtsgrundlage sind die privaten Versicherungsverträge. Die potenziell Begünstigten haben die Möglichkeit, der geplanten Obduktion zu widersprechen, jedoch mit nachteiligen Konsequenzen hinsichtlich der Beweislage. Privatversicherungsrechtliche Sektionen spielen in Deutschland zahlenmäßig keine Rolle.

Privatsektionen

Zu denken ist insbesondere an Obduktionen im Auftrag der Totensorgeberechtigten zur Klärung der Todesursache, zur Trauerbewältigung, bei Todesfällen von Kindern insbesondere auch zur Klärung der Frage, ob Missbildungen oder Stoffwechselstörungen mit Auswirkungen für die weitere Familienplanung vorliegen.

Verwaltungssektionen

In Deutschland reicht die Forderung nach Einführung einer Verwaltungssektion bis weit ins 19. Jahrhundert zurück. Legaldefinitionen des Begriffes existieren nicht, man versteht unter Verwaltungssektion eine behördlich angeordnete Obduktion bei natürlicher Todesart bzw. in nicht natürlichen Todesfällen, an deren Aufklärung die Ermittlungsbehörden kein Interesse haben. Ihr Ziel ist die Klärung medizinisch unklarer Todesfälle. Ein vorbildlicher Indikationskatalog zur Vornahme von Verwaltungssektionen existierte nach österreichischem Vorbild in der DDR:

Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04.12.1978 (DDR-GBl. I, 1979, Nr. 1)

§ 8 (1) Zur Vervollständigung der Ergebnisse der Leichenschau muss in folgenden Fällen eine Leichenöffnung vorgenommen werden:

- *a) bei Verstorbenen, bei denen nach Besichtigung und Untersuchung der Leiche und im Ergebnis der Ermittlungen die Todesursache nicht festgestellt werden konnte,*
- *b) bei verstorbenen Schwangeren und Kreißenden so wie bei Wöchnerinnen, bei denen der Tod innerhalb von 6 Wochen nach der Entbindung eingetreten ist,*
- *c) bei Totgeborenen,*
- *d) bei Verstorbenen, die bei Eintritt des Todes das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,*
- *e) bei unbekannten Verstorbenen,*
- *f) bei begründetem Wunsch der Angehörigen.*

(2) Eine Leichenöffnung soll vorgenommen werden:

- *a) bei Verstorbenen, die eines nicht natürlichen Todes gestorben sind oder bei denen die Todesart nicht aufgeklärt ist,*
- *b) bei Verstorbenen mit*

- einer meldepflichtigen übertragbaren Krankheit oder
- einer Berufskrankheit oder
- einer meldepflichtigen Geschwulstkrankheit oder bei denen Verdacht auf eine der genannten Krankheiten besteht,

c) bei Verstorbenen, bei denen innerhalb der letzten 4 Wochen vor Eintritt des Todes eine Schutzimpfung vorgenommen wurde,
d) bei Verstorbenen mit transplantiertem oder implantiertem inneren Organ oder Organteil,
e) bei begründetem wissenschaftlichen Interesse,
f) bei Verstorbenen mit implantiertem Herzschrittmacher.

Die Einführung von Verwaltungssektionen wäre der geeignetste Weg, die systemimmanenten Schwächen des Leichenschau- und Todesursachenermittlungssystems in der Bundesrepublik Deutschland zu heilen. Rechtsmediziner und Pathologen haben in Deutschland seit mehr als hundert Jahren für ihre Einführung plädiert – in Analogie etwa zu England, Österreich, den skandinavischen Staaten [32]. Mit ihrer Einführung ist aufgrund mangelnden politischen Willens und der hohen Hürde des postmortal fortwirkenden Persönlichkeitsrechts nicht zu rechnen. Damit nimmt man allerdings in Kauf, dass es weiterhin ein hohes Dunkelfeld durch die Leichenschau nicht entdeckter Tötungsdelikte gibt, medizinisch unklare Todesfälle keiner objektiven Klärung zugeführt werden (Todesursachenstatistik) und für problematische Fälle die Möglichkeiten einer effektiven Qualitätskontrolle nicht genutzt werden.

4. Ursachen für den Rückgang der Sektionszahlen

Die Anzahl klinischer Obduktionen in der Bundesrepublik Deutschland ist auf deutlich unter 3 % der Verstorbenen gesunken. Der Rückgang an klinischen Obduktionen hat nach Einschätzung der Bundesärztekammer verschiedene Ursachen, die nicht nur gesamtgesellschaftlicher Natur sind, sondern auch im Gesundheitssystem und im Verantwortungsbereich der tätigen Personen liegen. Im Bereich von Klinik und Pathologie wurden als mögliche Ursachen identifiziert [9, 10, 16, 27, 39-41, 47, 48, 55]:

- Fehleinschätzungen seitens des behandelnden Arztes, ein Fall sei „klar";
- Angst vor Aufdeckung eigener Fehler (Diagnostik, Therapie);
- Arbeits- und Zeitaufwand;
- zu lange dauernde oder nicht praxisnahe Beantwortung klinischer Fragen durch die Pathologie;
- fehlendes Bewusstsein über den Erkenntniswert der Obduktion;
- unzureichende Ausbildung in der Pathologie während des Studiums;
- mangelnde Erfahrung im Umgang mit Angehörigen von Verstorbenen und fehlende Anleitung zu Aufklärungsgesprächen;

- Kostendenken und Sparzwang;
- inadäquate Belastung durch Obduktionen wegen unzureichender Kostenerstattung;
- Wandel des Aufgabenfeldes der Pathologie (Verschiebung von der Autopsie zur Diagnostik am Operationspräparat oder Biopsat);
- geringe Attraktivität von Publikationen auf der Basis von Obduktionsergebnissen;
- bundeslandbezogene uneinheitliche und damit teilweise unklare Rechtslage.

Die Gründe für den Rückgang der Obduktionen können folgendermaßen zusammengefasst werden [9, 47, 55]:

- **Ursachen auf Seiten der Kliniker:** Fehlen einer eigenen zweckgebundenen Finanzierung der Autopsie allein für die Qualitätssicherung; unzureichende fachliche Ausbildung und Anleitung von Medizinstudenten und Ärzten zu einem Angehörigengespräch, fehlende soziale und psychologische Kompetenz, mangelndes Wissen und Interesse der klinischen Ärzte an der Obduktion, Angst vor Aufdeckung von Diagnose- und Behandlungsfehlern, Dauer der Befundübermittlung, Arbeits- und Zeitaufwand (Dokumentation).
- **Ursachen auf Seiten der Pathologen:** Nicht genutzte Möglichkeit einer Obduktion nach geltendem Vertrag/Landesgesetz, vermindertes Interesse (unzureichende Kostenerstattung), sinkendes Leistungsvermögen der Pathologen bei subjektiver/objektiver Überforderung dieser kleinen Berufsgruppe, hoher Arbeits- und Zeitaufwand bei reduzierten Ressourcen.

5. Todesart

Laut Todesursachenstatistik handelt es sich bei ca. 4 % aller Todesfälle um nicht natürliche Todesursachen. Dabei entfallen ca. 10.000 Fälle auf Suizide, 6.000 Todesfälle auf häusliche Unfälle, knapp 6.000 Todesfälle auf Verkehrsunfälle, 526 Todesfälle auf tätliche Angriffe.

Nach retrospektiven Analysen von Leichenschauscheinen mit autoptischer Kontrolle der Angaben zu Todesart und Todesursache ist davon auszugehen, dass der nicht natürliche Tod um 33 bis 50 % häufiger auftritt, als die Bundesstatistik widerspiegelt, und mit etwa 81.000 nicht natürlichen Todesfällen pro Jahr zu rechnen ist [30, 35]. Unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten besonders gravierend ist die Dunkelziffer durch die ärztliche Leichenschau nicht entdeckter Tötungsdelikte; nach einer multizentrischen Studie ist davon auszugehen, dass ca. 1.200 Tötungsdelikte pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland durch die Leichenschau nicht erkannt werden [6]. Diese hohe Dunkelziffer findet immer wieder ihre Bestätigung durch Zufallsentdeckungen von Tötungsdelikten bzw. sogar Serientötungen (auch in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern). 6 % der Klinikärzte attestieren regelmäßig ausschließlich einen natürlichen Tod; 30 % kreuzen auch bei Gewaltein-

wirkung, Vergiftung, Suizid oder ärztlichem Eingriff einen natürlichen Tod an [5]. Die Qualifikation der Todesart ist eine außerordentlich verantwortungsvolle Aufgabe nicht nur hinsichtlich strafrechtlicher Aspekte (Aufdeckung von Tötungsdelikten), sondern auch im Hinblick auf Interessen der Hinterbliebenen (etwa Versorgungsanspruch nach einem tödlichen Unfall).

„Natürlich" ist ein Tod aus innerer, krankhafter Ursache, bei dem der Verstorbene an einer bestimmt zu bezeichnenden Erkrankung gelitten hat und mit dem Ableben zu rechnen war; der Tod trat völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren ein. Voraussetzung für die Attestierung eines natürlichen Todes ist daher das Vorliegen eines anamnestisch bekannten todesursächlichen Grundleidens mit quoad vitam schlechter Prognose. „Nicht natürlich" ist demgegenüber ein Todesfall, der auf ein von außen verursachtes, ausgelöstes oder beeinflusstes Geschehen zurückzuführen ist, unabhängig davon, ob dieses selbst- oder fremdverschuldet ist. Nicht natürliche Todesfälle sind daher

- Gewalteinwirkungen;
    - Unfälle (unabhängig davon ob selbst- oder fremdverschuldet);
    - Tötungsdelikte;
- Vergiftungen;
- Suizide;
- Behandlungsfehler
- sowie tödlich verlaufende Folgezustände der ersten vier genannten Punkte. Das Intervall zwischen einem am Anfang der zum Tode führenden Kausalkette stehenden äußeren Ereignis und dem letztendlichen Todeseintritt kann dabei beliebig lang (u. U. Jahre) sein.

Kann die Todesursache durch die Leichenschau nicht geklärt werden, bleibt dementsprechend auch die Todesart unklar. Indizien mit Hinweischarakter auf einen nicht natürlichen Tod können sich aus Anamnese und Befunden ergeben: z.B. plötzlicher Tod ohne bekannte Vorerkrankung, prima facie erkennbare Unfälle und Suizide, Abschiedsbrief, etc. – Befunde mit Hinweischarakter auf einen nicht natürlichen Tod sind Stauungsblutungen, Farbe der Totenflecke, Tablettenreste im Mundbereich, Verletzungszeichen. Untaugliche Kriterien für Hinweise auf einen natürlichen Tod sind das Alter, insbesondere wenn keine lebensbedrohlichen Vorerkrankungen bekannt sind und fehlende sichtbare Traumen.

Fehler und Täuschungsmöglichkeiten bei Qualifikation der Todesart sind auch abhängig vom Ort der Leichenschau. Bei Todesfällen in der Öffentlichkeit ist in der Regel primär auch die Polizei zugegen, hier sollten keine Fehlattestierungen vorkommen. Bei Todesfällen im Krankenhaus, insbesondere wenn der Patient hinreichend lange in ärztlicher Behandlung stand, sollte die Fehlerquote ebenfalls relativ gering sein: Problembereiche sind hier verkannte Kausalzusammenhänge zu am Anfang der zum Tode führenden Kausalkette stehenden Traumen und Todesfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen. Aus dem stationären Bereich

werden zudem immer wieder primär nicht erkannte Tötungsserien durch Ärzte oder Pflegepersonal berichtet.

Fehler und Täuschungsmöglichkeiten sind sicher am größten bei Durchführung der Leichenschau durch niedergelassene Ärzte in der Wohnung; typische Fehler sind Unerfahrenheit, Sorglosigkeit, unsorgfältige Durchführung der Leichenschau, Rücksichtnahme auf Angehörige. Hinzu kommen ggf. jedoch auch ungünstige äußere Bedingungen, schlechte Beleuchtung sowie schlichte Überforderung, ohne dass flexible Lösungsmöglichkeiten mit Herbeiziehung eines qualifizierten Leichenschauers gegeben wären. Gerade niedergelassene Ärzte können sich hier in einer Interessenkollision befinden, da sie als behandelnde Ärzte auch der Angehörigen des Verstorbenen bei Attestierung eines nicht geklärten Todes Ermittlungen auslösen mit der Folge, die Angehörigen als Patienten zu verlieren. Gegenüber dem niedergelassenen Arzt befindet sich der Kliniker in einer geschützten Position (Tod im ärztlich dominierten Umfeld des Krankenhauses statt im privaten Umfeld).

Als besonders problematisch erweist sich dabei folgender Sachverhalt: Sämtliche Todesfälle mit nicht natürlicher bzw. nicht geklärter Todesart müssen Staatsanwaltschaft und Polizei gemeldet werden. Dies sind gemäß Todesursachenstatistik ca. 34.000 Todesfälle pro Jahr. In ca. 17.000 bis 18.000 Todesfällen wird eine gerichtliche Obduktion durchgeführt. Die gerichtlichen Obduktionen rekrutieren sich dabei nahezu ausschließlich aus den Fällen mit nicht natürlicher bzw. nicht geklärter Todesart. Die Dunkelziffer übersehener Tötungsdelikte verbirgt sich allerdings hinter den als natürlich deklarierten Todesfällen, bei denen – insbesondere bei ambulanten Todesfällen – jedoch kaum Obduktionen durchgeführt werden. Es wird also nichts unternommen, um das Dunkelfeld in geeigneter Form „aufzuhellen“.

6. Qualitätskontrolle zur Sicherung des Obduktionserfolgs

Die Obduktion dient nicht nur der Qualitätskontrolle und -sicherung der klinischen Diagnostik und Therapie im Interesse des Patienten, der Angehörigen und der Gesellschaft, sondern sie ist selbst einer Qualitätskontrolle unterworfen. So wurden bereits im 19. Jahrhundert in Österreich und Deutschland Sektionsregulative zur Durchführung von (gerichtlichen) Leichenöffnungen eingeführt, die den technischen Ablauf der Obduktion und die Formulierung des Obduktionsprotokolls umfassten. Heute ist der Qualitätsstandard gerichtlicher Obduktionen auch international geregelt, in Europa z.B. durch die Recommendation No. R(99)3 on the harmonization of the medicolegal autopsy rules, adopted by the committee of the ministers on 2nd Feb 1999 (Council of Europe 1999). Weiterhin unterliegen pathologische und rechtsmedizinische Institute im Rahmen der Akkreditierung zum Beispiel nach ISO DIN 17025 einer Qualitätskontrolle. Für die rechtsmedizi-

nische Obduktion existiert auch eine AWMF-Leitlinie: (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-001l_S1_Leichenöffnung_2012-12.pdf).

7. Aktuelle Diskussionen und Fazit

Der Nutzen der Obduktion ist unbestritten:

- für Ärzte und das Gesundheitswesen;
- für Angehörige des Verstorbenen (man denke nur an infektiöse oder heriditäre Erkrankungen);
- für das öffentliche Gesundheitswesen;
- für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung;
- für die Neuentdeckung von Krankheiten und die angewandte klinische Forschung;
- für die biomedizinische Grundlagenforschung und
- für die Rechtssicherheit.

Die seit mehr als 100 Jahren erhobene Forderung nach Einführung von Verwaltungssektionen wird jedoch weiter ungehört verhallen. Die Bundesärztekammer hatte bereits vor Jahren (2005) in ihrer Stellungnahme zur Autopsie sehr bemerkenswerte Argumente für eine Erhöhung der Sektionsquote vorgelegt, die in Zeiten der DRGs (Vergütung nach Fallpauschalen, Diagnosis Related Groups) mit folgenden Schlagworten beschrieben werden können: Qualität, Ökonomie und Rechtssicherheit. Die Systematik der DRGs zwinge also letztlich zu einer Erhöhung der Frequenz klinischer Obduktionen als endgültigen Qualitätsparameter, da so der Gefahr einer im Wesentlichen ökonomisch ausgerichteten Minimalmedizin mit möglichst eingeschränkter Diagnostik und einfacher Therapie entgegengewirkt werden kann. Auch ökonomische Gründe, z.B. die Steigerung der Erlöse durch neu aufgedeckte Nebendiagnosen, sprechen für eine vermehrte Zahl von Obduktionen [9, 27, 47, 55]. Die juristischen Gründe der Absicherung vor Falschcodierung und Schadenersatzansprüchen werden zukünftig ebenfalls eine größere Rolle spielen.

Zudem sollte in Weiterbildungsordnungen klinischer Disziplinen bindend festgelegt sein, dass die Weiterbildungskandidaten bei der Facharztprüfung die Teilnahme an einer hinreichenden Anzahl von Obduktionen nachweisen können. Der Forderungskatalog der Bundesärztekammer [10] zu Maßnahmen zur Anhebung der medizinischen Behandlungsqualität durch Steigerung der Obduktionsraten umfasst unter anderem die nachfolgend skizzierten Punkte [auszugsweise zitiert nach 9].

7.1 Medizinstudium

Als Qualitätssicherungsmaßnahme ist die Weiterbildungsbefugnis einer Klinik mit einer Mindestzahl von Obduktionen in den entsprechenden Einrichtungen und der regelmäßigen Abhaltung von klinisch-pathologischen bzw. interdisziplinären Fallkonferenzen zu verbinden. Beispielsweise erhält eine chirurgische Abteilung die vollständige Weiterbildungszulassung nur, wenn 30 % der Todesfälle obduziert und vor Ort demonstriert werden. Im DRG-System mit der systembedingten Problematik der (zu) frühen Entlassung ist dies von besonderer Bedeutung. In den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sollen fachbezogene Mussvorgaben über die Zahl von Obduktionen entsprechend der Vorschriften des SGB V (§ 137 usw.) oder in QS-Programmen der Selbstverwaltung festgelegt werden. Ferner ist obligatorisch eine abteilungsbezogene Angabe der Obduktionsfrequenz zu fordern und in den Leistungsbericht aufzunehmen.

Die Weiterbildung in bestimmten Fächern, z.B. allen chirurgischen und internistischen Fächern, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Gynäkologie, Neurologie etc., ist mit der Pflicht zu verbinden, z.B. 5-10 eigene Sektionen durchgeführt oder daran teilgenommen zu haben. Wünschenswert sind weiterhin eine Ausweitung der klinisch-pathologischen bzw. interdisziplinären Fallkonferenzen und deren Einbeziehung in die Weiterbildungsordnung. Zugespitzt formuliert: Man kann heute, ohne jemals einen Fuß in den Obduktionssaal gesetzt oder eine Leberzirrhose, eine Pneumonie, einen cerebralen Insult, einen Herzinfarkt, einen Hirntumor in natura gesehen zu haben, Facharzt werden. Das sind „vor-morgagnische Zustände“.

7.2 Qualitätssicherung

Eine Erhöhung der Obduktionsfrequenz ist eine notwendige Voraussetzung für die Schaffung eines aus epidemiologischen und aus „public health“-Gründen wünschenswerten Obduktionsregisters.

Die verschiedenen, in sozialgesetzlichem Auftrag oder auf der Basis der Heilberufs- und Kammergesetze für die Qualitätssicherung stationärer Leistungen zuständigen Gremien auf Bundes- und Landesebene werden aufgefordert, Qualitätsindikatoren zur Steigerung der Sektionsraten zu entwickeln und einzuführen, z.B. durch Einführung eines von allen Krankenhäusern zu erfassenden Generalindikators der einrichtungsinternen Obduktionsrate oder eines Zusatzindikators „Obduktion“ in die bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V. Die Ärztliche Selbstverwaltung wird gebeten, die Erarbeitung eines Positionspapiers für die Bedeutung der Obduktion als Bestandteil der Fehleranalyse und Qualitätsanalyse bei dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Auftrag zu geben.

7.3 Finanzierung

Die Kosten einer inneren Leichenschau sollen transparent sein. Bisher liegen nur Kostenschätzungen seitens des Berufsverbandes der Pathologen vor. Die Abrechnung nach GOÄ (einfach) muss mindestens die tatsächlich anfallenden Kosten decken. Die Kosten für eine klinische Obduktion (ca. 750 €) wurden bisher im Rahmen des Gesamtbudgets der Krankenhäuser vergütet. Durch die Einführung der Fallkostenpauschalen für Krankenhausbehandlungen (DRGs) ändert sich dieser Abrechnungsmodus, da zukünftig die Kalkulation der einzelnen DRGs auch die Kosten für klinische Obduktionen beinhaltet. Durch die jährlich neu kalkulierten Relativgewichte der DRGs werden die Erlöse fortlaufend geprüft. Eine steigende Obduktionszahl würde somit voraussichtlich deren Gewichtung bei der Kalkulation der DRGs erhöhen (allerdings mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren, da immer die Daten des Vorjahres kalkuliert werden und dann die Basis für die DRGs des Folgejahres bilden). Die Pathologen sollten daher fortan die für die Obduktionen kalkulierten Anteile innerhalb der DRGs nutzen, um eine angemessene Vergütung für die Krankenhäuser zu erwirken."

So bemerkenswert diese Forderungen sind, haben sie bislang leider nicht zu einer Erhöhung der Obduktionsquote geführt. Die Landesärztekammern bleiben aufgerufen, diese Forderung der Bundesärztekammer umzusetzen. Durch die Implementierung von Mindestsektionszahlen in den Weiterbildungskatalogen klinischer Fächer könnte in der Tat die Zahl klinischer Obduktionen stabilisiert werden. Ebenso setzt die Anerkennung als akademisches Lehrkrankenhaus eine hinreichende Zahl klinischer Sektionen voraus.

Im Übrigen stellt auch in Zeiten moderner bildgebender Diagnostik die Obduktion nach wie vor den Goldstandard zur Klärung von Grundleiden und Todesursache dar. Beim Vergleich aus CT- bzw. MRI-Befunden abgeleiteten Todesursachen mit dem Obduktionsbefund ergaben sich in 32 % (CT) bzw. 43 % (MRI) größere Abweichungen. Damit erweist sich die bildgebende Diagnostik an einem unausgewählten Sektionsgut hinsichtlich Feststellung der Todesursache der Leichenschau nicht deutlich überlegen, der Obduktion allerdings eindeutig unterlegen. Die meisten Fehler betreffen Fälle mit ischämischer Herzerkrankung, Lungenthrombembolie, Pneumonie und intraabdominalen Läsionen.

Nach § 135a Sozialgesetzbuch V sind die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Für Todesfälle reicht es dabei nicht aus, Mortalitätskonferenzen abzuhalten (siehe z.B. Leitfaden der Bundesärztekammer für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen), sondern es sind zwingend auch Obduktionen vorzunehmen. Dabei sollten klinische Obduktionen zukünftig nach Maßgabe des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) vom 10.12.2015 über einen Qualitätszuschlag finanziert werden, der für alle voll-

und teilstationären Fälle eines Krankenhauses in Rechnung zu stellen ist, welches eine definierte Obduktionsrate nachweisen kann.

Vom Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. sind inzwischen Anforderungen an die Durchführung klinischer Obduktionen zur Qualitätssicherung erarbeitet worden, auch liegt eine Indikationsliste zur Durchführung von klinischen Obduktionen vor:

1. Todesfälle von Feten, Säuglingen, Kindern, Jugendlichen (bis 16 Jahre) sowie peripartal verstorbenen Müttern und Wöchnerinnen bei klinisch plausibel annehmbarer natürlicher Todesursache.
2. Post- bzw. perioperative Todesfälle und Todesfälle nach invasiven diagnostischen Maßnahmen (z. B. endoskopische Untersuchungen, Herzkatheteruntersuchungen), sofern ggfs. nach Meldung an die Staatsanwaltschaft von dieser eine Freigabe erfolgte.
3. Verstorbene, die einen unerwarteten Tod gestorben sind, bzw. Verstorbene, deren Krankheitsverlauf nicht plausibel erscheint, bei denen aber medizinisch begründet eine natürliche Todesursache anzunehmen ist.
4. Verstorbene, die kurz nach Aufnahme in ein Krankenhaus verstorben sind (< 2 Tage), wenn zu Lebzeiten keine sichere Diagnose gestellt werden konnte.
5. Todesfälle, die im Zusammenhang mit einer Berufserkrankung oder anderen entschädigungspflichtigen Erkrankungen stehen können (Verdacht auf Berufserkrankungen).
6. Objektivierung der Todesursache bei zur Diskussion stehenden Behandlungsfehlern oder -vorwürfen, falls die Staatsanwaltschaft nach Rücksprache keine Anordnung einer rechtsmedizinischen Sektion wünscht.
7. Todesfälle bei seltener, besonders klärungsbedürftiger bzw. berichtenswerter Erkrankung oder bei bekannter Erkrankung mit ungewöhnlicher, klärungsbedürftiger oder berichtenswerter Ausprägung.
8. Obduktionen, die zur Klärung möglicher gesundheitlicher Risiken individueller oder allgemeiner Natur beitragen.
9. Todesfälle, deren Obduktion zur Klärung relevanter, ungeklärter klinischer Fragen (unklare Infektionserkrankungen, definitive Diagnose neurodegenerativer Erkrankungen z.B. bei Parkinson-Syndromen oder bei Demenzerkrankungen, Krebserkrankungen) beitragen kann.

Auch im 21. Jahrhundert, einem Zeitalter der „Hightech-Medizin“, haben „low-technology autopsies“ ihren unbestreitbaren Wert, der sich mit dem Satz, der in manchen alten Instituten für Anatomie und Pathologie angebracht ist, zusammenfassen lässt: hic gaudet mors succurrere vitae! Gerade das Beispiel des Universitätsspitals Zürich zeigt, dass Sektionen ein unverzichtbares Instrument für die Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung darstellen. Dort wurden im Jahr 2010 die vorhandenen Langzeitdaten des Qualitätsmonitorings erstmalig mit Hilfe von Daten aus Autopsieberichten im Qualitätsbericht des Universitätsspitals Zürich auf-

genommen, um die hohe diagnostische Qualität des Krankenhauses zu dokumentieren. Obduktionsergebnisse tragen also dazu bei, Sicherheit und Vertrauen zu schaffen [40, 48].

Literatur

[1] Adler CP, Drexler H, Staeudinger M, Sandritter W: Autopsie und klinische Diagnose. Sektionen zur Qualitätssicherung in der Medizin. Umschau 81 (1981): 460-464.

[2] Bankl H, Bankl HC (Hrsg): Pathologisch-morphologische Diagnostik. Springer, Berlin Heidelberg New York 1999.

[3] Becker V: Die klinische Obduktion: Not und Notwendigkeit. Perimed, Erlangen 1986.

[4] Berg S: Probleme der ärzlichen Leichenschau im Krankenhausbereich. Niedersächs Ärztebl 8 (1984); 332-336.

[5] Berg S: Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York 1992.

[6] Brinkmann B: Fehlleistungen bei der Leichenschau der Bundesrepublik Deutschland. Ergebniss einer multizentrischen Studie (I) und (II). Arch Kriminol 199 (1997); 2-12, 65-74.

[7] Brinkmann B, Du Chesne A, Vennemann B: Aktuelle Daten zu Obduktionsfrequenz in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 127 (2002); 791-795.

[8] Brugger C-M, Kühn H: Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht. Enke, Stuttgart 1979.

[9] Bundesärztekammer: Stellungnahme zur Autopsie. Langfassung, 2005 http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3179.3180.

[10] Bundesärztekammer: Vorstandsbeschluss vom 26.08.2005 auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates: Stellungnahme zur Autopsie. Dtsch Ärztebl 102 (2005): A-3537-A-3545.

[11] Burton JL, Rutty GN (Hrsg.): The Hospital Autopsy. A Manual of Fundamental Autopsy Practice. 3. Auflage 2010, Hodder Education, UK.

[12] Burton JL, Underwood JC: Necropsy practice after the „organ retention scandal": requests, performance, and tissue retention. J Clin Pathol. 56 (2003): 537-541.

[13] Burton JL, Underwood J: Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy. Lancet. 369 (2007): 1471-1480.

[14] Burton EC, Troxclair DA, Newman WP: Autopsy diagnoses of malignant neoplasms: how often are clinical diagnoses incorrect? JAMA 280 (1998): 1245-1248.

[15] Burton EC, Phillips RS, Covinsky KE, Sands LP, Goldman L, Dawson NV, Connors AF Jr, Landefeld CS: The relation of autopsy rate to physicians' beliefs and recommendations regarding autopsy. Am J Med. 117 (2004): 255-261.

[16] Diebold J.: Clinical autopsy--its role in modern medicine. Praxis (Bern 1994) 96 (2007): 1667-1671.

[17] Friemann J: Clinical autopsies. Practical approach, legal foundations and ethical considerations. Pathologe; 31 (2010): 256-267.

[18] Goldman L: Diagnostic advances vs. the value of the autopsy 1912-1980. Arch Pathol Lab Med 108 (1984): 501.

[19] Gross R: Fehldiagnosen: Neue Technologien – Klassische Autopsien. Dtsch Ärztebl 80 (1983): 36-37.

[20] Gross R: Fehldiagnosen und ihre Ursachen am Beispiel der inneren Medizin. Med Welt 34 (1983): 877-882.

[21] Gross R: Allgemeines über Fehldiagnosen. Internist 30 (1989): 221-223.

[22] Gross R, Löffler M (Hrsg): Prinzipien der Medizin. Eine Übersicht Ihrer Grundlagen und Methoden. Springer, Heidelberg Berlin New York 1998.

[23] Kauferstein S, Madea B, Courts C: Forensische Molekularpathologie, Rechtsmedizin 24 (2014), 513-532.

[24] Kirch W, Schafii C: Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras: Report on 400 cases. Medicine (Baltimore). Medicine (Baltimore), 75 (1996): 29-40.

[25] Kirch W: Fehldiagnosen und Diagnosefehler in der Inneren Medizin. In: Madea B, Schwonzen M, Winter UJ, Radermacher D (Hrsg), Innere Medizin und Recht. Konfrontation – Kommunikation – Kooperation. Blackwell, Berlin Wien 1996.

[26] Kirch W, Schafii C: Reflections on misdiagnoses. J Intern Med 235 (1994); 399-404.

[27] Krukemeyer MG, v d Driesch C, Dankof A, Krenn V, Hansen D, Dietel M: Notwendigkeit der Obduktionssteigerung durch Einführung der DRGs. Pathologe 28 (2007): 294-298.

[28] Lundberg GD: Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine. Continued value for quality assurance and patient safety. JAMA 208 (1998), 1273-1274.

[29] Madea B: Strukturelle Probleme bei der Leichenschau. Rechtsmedizin 19 (2009): 399-406.

[30] Madea B: Die Ärztliche Leichenschau. Rechtliche Grundlagen. Praktische Durchführung. Problemlösungen. Springer, Berlin Heidelberg New York, 3. Aufl. 2014.

[31] Madea B, Dettmeyer R: Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Dtsch Ärztebl 100 (2003), A-3161-3179.

[32] Madea B, Püschel K, Lignitz E, Dettmeyer R: Verwaltungssektionen – Inhalt, Zweck, Notwendigkeit, Gesetzliche Regelungen. Dtsch Ärztebl 103 (2006): A-914-A-918.

[33] Madea B, Dammeyer Wiehe de Gómez, Dettmeyer R: Zur Reliabilität von Leichenschaudiagnosen bei fraglichen iatrogenen Todesfällen. Kriminalistik 12 (2007): 767-773.

[34] Madea B, Rothschild M: Ärztliche Leichenschau. Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart. Dtsch Ärztebl 107 (2010): A-575-A-588.

[35] Madea B: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer, Berlin Heidelberg New York, 3. Aufl. 2015.

[36] Madea B, Saukko P, Oliva A, Musshoff F: Molecular pathology in forensic medicine. For Sci Int 203 (2010): 3-14.

[37] Madea B: Behandlungsfehler und Medizinschadensfälle. Seit jeher ein Thema der Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 25 (2015): 177-178.

[38] Madea B, Doberentz E: Häufigkeit letaler Behandlungsfehler in deutschen Kliniken. Rechtsmedizin 25 (2015): 179-184.

[39] Moch H: Dokumentation der diagnostischen Qualität im Krankenhaus. Auswertung der Autopsieberichte. Pathologe 32 (2011): 282-276.

[40] Moch H: Autopsie und moderne Medizin. In: Tag B, Mausbach J, Moch H (Hrsg.), Autopsie und Religion. Die Sektion aus medizinischer, ethischer und religiöser Sicht, 2013.

[41] Moch H, Wegmann W, Mihatsch MJ: Autopsie und moderne Medizin. Praxis 88 (1999): 861-867.

[42] Modelmog D, Goertchen R: Der Stellenwert von Obduktionsergebnissen. Dtsch Ärztebl 89 (1992): A-3434.

[43] Nestler K, Gradistanac T, Wittekind C: Evaluation des klinischen Nutzens der Obduktion. Eine Untersuchung am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Leipzig. Pathologe 29 (2008): 449-454.

[44] Pollak S: Obduktion (Rechtlich). In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998, S. 791-792.

[45] Roberts WC: The autopsy: its decline and a suggestion for its revival. N Engl J Med 299 (1978): 332-338.

[46] Roberts IS, Benamore RE, Benbow EW, Lee SH, Harris JN, Jackson A, Mallett S, Patankar T, Peebles C, Roobottom C, Traill C: Postmortem Imaging as an alternative to autopsy in the diagnosis of adult deaths: a validation study. The Lancet Vol. 379 (2012): 136-142.

[47] Schneider E, Wittekind CH: Obduktion im Krankenhaus als Bestandteil von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. www.pathologie.de 2003; 2/1:6-7.

[48] Schwanda-Burger S, Moch H, Muntwyler J, Salomon F: Diagnostic errors in the new millenium: a follow-up autopsy study. Modern Pathology 25 (2012): 777-783.

[49] Shojania KG, Burton EC: The vanishing nonforensic autopsy. N Engl J Med 358 (2008): 873-875.

[50] Shojania KG, Burton EC, Mc Donald KM, Goldman L: The autopsy as an outcome and performance measure. Evid Rep Technol Assess (Summ) 58 (2002): 1-5.

[51] Shojania KG, Burton EC, Mc Donald KM, Goldman L: Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. A systematic review. JAMA 289 (2003): 2849-2856.

[52] Tag B: Gedanken zur Zulässigkeit von Sektionen. In: Kerr et. al. (Hrsg.) Festschrift für Adolf Laufs. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 2005, S. 1079-1105.

[53] Tag B: Rechtliche Aspekte der Sektion nach Schweizer Recht. In: Tag B, Gross D (Hrsg.), Der Umgang mit der Leiche, campus 2010, S. 25-52.

[54] Tag B: Obduktionen in der Schweiz, Deutschland und Österreich. Rechtliche und rechtstatsächliche Untersuchungen. Pathologe [Suppl 2] 32 (2011): 277-281 DOI 10.1007/s00292-011-1487-2

[55] Wittekind C, Gradistanac T, Dietl M: Obduktion als notwendiges Zweitmeinungs- und Qualitätssicherungssystem im Zeitalter der DRGs, 2005.

D. Grund und Grenzen des Selbstbestimmungsrechts bei der Körperspende

„Consent and Consensus“ – Internationale Richtlinien zum anatomischen Körperspendewesen und Vorschläge zu ihrer Weiterentwicklung

Prof. Dr. med. Andreas Winkelmann

Die Verwendung menschlicher Leichname in der Anatomie zu Lehr- und Forschungszwecken kann nicht als Selbstverständlichkeit gelten. Auch wenn diese Verwendung im Rahmen der so genannten „Körperspende“ heutzutage in Deutschland eine gängige und etablierte Praxis ist, wirft sie doch diverse rechtliche und ethische Fragen auf. Komplexer werden diese Fragen, wenn man den zwar nicht ganz einheitlichen, aber doch noch übersichtlichen (Rechts-)Raum Deutschlands verlässt und eine internationale Perspektive einnimmt (siehe z.B. Riederer 2016). Während sich der Beitrag von *Markus Thier* mit den juristischen Fragen in diesem Feld beschäftigt (in diesem Band, S. 129 ff.), werde ich mich in dem vorliegenden Beitrag vor allem mit ethischen Aspekten auseinandersetzen.

Da ich zu diesem Thema bereits eine ausführliche Diskussion im Rahmen meiner Habilitationsschrift publiziert (Winkelmann 2013) sowie auch das daraus weiterentwickelte Konzept des „*consent and consensus*“ in einem Beitrag zum Themenheft „*Ethics in Anatomy*“ in der Zeitschrift *Clinical Anatomy* dargelegt habe (Winkelmann 2016), werde ich hier eine kürzere Darstellung wählen, und zwar in Form eines erläuternden Kommentars zu den Körperspende-Empfehlungen der internationalen Anatomenvereinigung.

Dazu ist vorauszuschicken, dass längst nicht überall in der Welt in der Anatomie nur auf die Körper solcher Verstorbener zurückgegriffen wird, die sich zu

Lebzeiten ausdrücklich hierzu bereiterklärt haben. Häufig werden auch so genannte „*unclaimed bodies*" verwendet, also die Körper Verstorbener, bei denen sich keine Hinterbliebenen um eine Bestattung kümmern; gelegentlich sogar noch bis in unsere Zeit die Körper Hingerichteter (Hildebrandt 2008). Da dies aus ethischer Sicht unbefriedigend ist (Jones and Whitaker 2012), hat ein Komitee der *International Federation of Associations of Anatomists* (IFAA), der Weltorganisation der Anatomie, unter Federführung des neuseeländischen Anatomen Gareth Jones „*Recommendations of Good Practice*" für die anatomische Verwendung menschlicher Körper entwickelt und 2012 erstmals veröffentlicht (International Federation of Associations of Anatomists 2012). Die Empfehlungen sind auch auf der IFAA-Webseite (ifaa.net) und im erwähnten Sonderheft von *Clinical Anatomy* (Jones 2016) online frei zugänglich. Diese Empfehlungen haben, wie ihr Name sagt, einen reinen Empfehlungscharakter und sind in keiner Weise rechtlich bindend. Sie sind im Moment auch noch weit davon entfernt, ein international anerkannter ethischer Standard zu sein, wie ihn zum Beispiel die Deklaration von Helsinki in ihrer letzten überarbeiteten Fassung für die Forschung am (lebenden) Patienten darstellt (World Medical Association 2013).

Im Folgenden werde ich die wichtigsten Aspekte der Empfehlungen, und damit generell der Verwendung menschlicher Leichen in der Anatomie, nacheinander jeweils kurz diskutieren und dabei an einigen Stellen auch eine Weiterentwicklung dieser Empfehlungen vorschlagen. Dabei folge ich nicht der Reihenfolge der *Recommendations*, die Zahlen in Klammern bei den Zwischenüberschriften verweisen aber jeweils auf die Punkte 1 bis 11 dieser *Recommendations* (vgl. Jones 2016).

1. Eindeutige Regelungen (7, 8)

In einem Bereich, in dem juristische und ethische Unklarheiten bestehen, bedarf es klarer Regelungen, idealerweise *gesetzlicher* Regelungen, selbst wenn diese natürlich nicht alle Fälle erschöpfend klären können. In Deutschland ist die Gesetzgebungskompetenz hierfür den Bundesländern überantwortet (Art. 70 GG); die daraus hervorgegangenen Einzelregelungen sind sehr variabel und nicht überall mit nennenswerter Tiefe erfolgt (Kleinke 2007). Insbesondere bei unzureichender gesetzlicher Regelung sollten institutionelle Regelungen geschaffen werden, die z.B. bestehende Ethikkommissionen oder eigens eingerichtete *Review Boards* einbeziehen können. Die *Recommendations* empfehlen beides und schlagen insbesondere für Körperspendeprogramme ein eigenes kontrollierendes „*Oversight Committee*" vor.

Bei Verwendung von Körpern und Organen in der Forschung ist eine weitere mögliche Kontrollebene dadurch gegeben, dass Zeitschriftenherausgeber bei Publikationen einen bestimmten ethischen Standard voraussetzen. Im Gegensatz zur klinischen Forschung an Patienten ist ein solcher Standard bei der Verwendung anatomischer Präparate bisher allerdings nicht vorhanden (Winkelmann et al. 2016). Wir haben daher vorgeschlagen, bei jeder Publikation von Forschung an

menschlichen Präparaten neben biologischen Angaben zu den Präparaten (Geschlecht, Alter zum Todeszeitpunkt, Konservierungsmethode) zumindest folgende Angaben zu verlangen: schriftliche Zustimmung der Körperspender zu Lebzeiten, Benennung der Institution, die die Präparate zur Verfügung stellt sowie die gesetzliche bzw. ethische Grundlage für die Verfügbarkeit von Präparaten (Winkelmann et al. 2016).

2. Natürliche Todesursachen (-)

Der „natürliche Tod" ist der Tod durch Krankheit, nicht durch Unfall, Fremdverschulden oder Suizid. Wenn bei einem Verstorbenen der Verdacht auf eine nicht-natürliche Todesursache besteht, so steht der Körper in Deutschland zunächst nicht für eine Körperspende zur Verfügung, da die Staatsanwaltschaft den Leichnam beschlagnahmen und eine Klärung herbeiführen muss. Ein nicht-natürlicher Tod ist also für eine anatomische Körperspende zumindest „unpraktisch", da die rechtliche Klärung Zeit beansprucht und ggf. der Körper auch in der Rechtsmedizin autopsiert wird, so dass er für die spätere anatomische Verwendung nicht mehr intakt wäre.

Ich schlage aber auch aus ethischen Gründen vor, eine natürliche Todesursache zur Vorbedingung der Körperspende zu machen, denn eine solche Regelung verhindert, dass die Anatomie in Unrechtskontexte hineingezogen wird. Sobald ein Leichnam aus einem Unrechtskontext stammt, kann der Eindruck entstehen, die Anatomie profitiere von diesem Unrecht. Dies gilt ganz offensichtlich bei der Verwendung der Körper von Gewaltopfern, aber auch bei Hingerichteten, deren Tod – zumindest in weiten Teilen der Welt – prinzipiell als Unrecht empfunden wird (Hildebrandt 2008). Umso mehr gilt dies in historischer Sicht für Hingerichtete in der Zeit des Nationalsozialismus, die zu Opfern einer Unrechts-Justiz wurden (Winkelmann and Schagen 2009). Die Vorbedingung „natürlicher Tod" würde die Verwendung Hingerichteter in der Anatomie kategorisch ausschließen.

Bei Unfällen oder Suiziden steht der Unrechtscharakter nicht in gleicher Weise im Vordergrund wie bei Tod durch Fremdverschulden, so dass die Verwendung in der Anatomie ethisch eher akzeptabel erscheint. Trotzdem könnte auch hier der Eindruck entstehen, die Anatomie profitiere von vermeidbaren Todesursachen. Zum Thema Körperspende und Suizid gibt es nur eine ältere Untersuchung aus der US-amerikanischen Anatomie: Die Autoren untersuchten anhand vergangener Körperspenden, ob in der Population der Körperspender mehr Selbstmörder zu finden seien als in der übrigen Bevölkerung (Flanagan and Murphy 1973). Die Studie entstand aus der Frage heraus, ob Körperspendern Hilfsangebote zur Suizidprävention gemacht werden müssten, entzündete sich also auch an der Frage der Vermeidbarkeit von Todesfällen. Ein relevanter Unterschied zwischen den Populationen wurde aber nicht gefunden. Die Anatomie möchte vielleicht „vom

Toten profitieren", aber sie sollte nicht vom Tod profitieren. Daher erscheint der unabwendbare Tod als der einzige in diesem Kontext akzeptable.

3. *Informed Consent* als ethisches Ideal (1)

Die „informierte", schriftlich niedergelegte Einwilligungserklärung zu Lebzeiten, mit der ein Körperspender oder eine Körperspenderin die anatomische Verwendung des Leichnams gestattet, ist aus mehreren Gründen das ethische Ideal in der heutigen Anatomie. Erstens wird damit die individuelle Autonomie des Körperspenders respektiert. Dieser Autonomie wird eine Wirksamkeit über den Tod hinaus zugestanden, indem das individuelle Selbstbestimmungsrecht sich auch auf Bestimmungen über den „eigenen" Leichnam erstreckt. Damit werden die Patientenrechte in der medizinischen Forschung, die in der *Helsinki Declaration* (World Medical Association 2013) festgeschrieben sind und deren zentrales Prinzip der *informed consent* ist, auf ein Selbstbestimmungsrecht für das eigene *postmortale* Schicksal erweitert. Diese Forderung nach der freien Entscheidung zu Lebzeiten schließt aus, dass Kinder oder andere Unmündige zum Körperspender werden.

Zweitens gesteht diese Regelung dem Leichnam eine Würde zu, die sich von der Würde des lebenden Menschen ableitet. Eine solche Regelung erkennt an, dass der tote Körper nicht nur ein materieller „Überrest" ist, der beliebig verwendet werden könnte. Es wird berücksichtigt, dass der Leichnam eine enge Beziehung zur gewesenen Person hat und diese Person in gewisser Weise auch nach dem Tod noch „verkörpert", weshalb der Leichnam eine große Bedeutung für die Hinterbliebenen hat und z.B. im Zentrum von Bestattungsritualen steht. Diese Würde lässt sich dadurch veranschaulichen, dass das Schicksal des Leichnams als Teil der Biographie eines Menschen aufgefasst wird und die Begegnung des „Verwenders" und des „Verwendeten" in der Anatomie damit auch als Begegnung zweier Biographien konzeptualisiert werden kann (Winkelmann and Schagen 2009).

In einer internationalen Sicht muss man feststellen, dass viele Gesellschaften – ob aus kulturellen, religiösen oder anderen Gründen – von der Einrichtung von Körperspendeprogrammen noch weit entfernt sind, weshalb Anatomen in vielen Ländern der Welt noch überwiegend „*unclaimed bodies*" verwenden, also die Körper Verstorbener, für deren Bestattung sich niemand zuständig fühlt. Es wäre aber vielleicht vermessen, als Europäer zu verlangen, dass diejenigen, die die anatomische Sektion im Laufe des 19. oder 20. Jahrhunderts aus einer europäischen Tradition übernommen haben, nun so schnell wie möglich die Körperspende einführen – für deren Einführung selbst die Europäer seit den ersten anatomischen Sektionen im Spätmittelalter und der Renaissance mehrere Jahrhunderte gebraucht haben. Regelhafte Körperspendeprogramme sind in Europa und Nordamerika erst in den 1960er und -70er Jahren entstanden (Garment et al. 2007). Trotzdem bleibt die Körperspende sicher das anzustrebende ethische Ideal.

Es stellt sich daher die Frage, ob es auf dem Weg zu mehr Körperspendeprogrammen ethisch akzeptable Alternativen gibt. Eine Möglichkeit, die nicht ideal, aber zumindest *akzeptabler* erscheint als die vollkommen ungefragte Verwendung eines Leichnams, sind „*opt-out*"-Regelungen, wie sie in einigen Ländern (z.B. Österreich, Spanien) bei der Organtransplantation Anwendung finden (MacKay 2015, Zuniga-Fajuri 2015): Wer in diesen Ländern nach seinem Tod *nicht* Organspender werden will, muss dies zu Lebzeiten ausdrücklich erklären, bei allen anderen Verstorbenen geht man von der Einwilligung aus (*presumed consent*). Dieses Modell lässt sich natürlich auch auf die anatomische Körperspende übertragen. Meines Wissens ist dies bisher nur in einem Land geschehen, nämlich in Portugal, wo vor anatomischer Verwendung ein nationales Nicht-Spender-Register konsultiert werden muss, wenn keine ausdrückliche Körperspende vorliegt (McHanwell et al. 2008). Wenn der Verstorbene dort nicht registriert ist, kann auch ohne Vorliegen einer letztwilligen Verfügung der Leichnam für die Anatomie verwendet werden, was aber derzeit nur in seltenen Fällen zur Anwendung kommt (Prof. Diogo Pais, Lissabon, persönliche Mitteilung).

Es sollte hier noch erwähnt werden, dass utilitaristische Ethiken die Verwendung eines Leichnams auch ohne Zustimmung des Verstorbenen oder der Angehörigen rechtfertigen könnten, nämlich mit dem Argument, dass der daraus gezogene Nutzen, z.B. durch eine bessere medizinische Ausbildung, sehr vielen Menschen zugute kommen könne, was den Schaden aufwiege, der eventuell Einzelnen zugefügt wird. Allerdings fällt es schwer, zu akzeptieren, dass Einzelnen Schaden zugefügt werden darf, nur weil davon Andere profitieren, nicht zuletzt weil damit eine ganz offensichtliche Ungerechtigkeit in Kauf genommen wird.

4. Unentgeltlichkeit und Ausschluss von Kommerzialisierung (2, 3, 8d)

Wie bei der Organtransplantation sollte auch bei der Körperspende ein kommerzieller „Organhandel" vermieden werden, weshalb einige gesetzliche Regelungen (z.B. das Berliner Sektionsgesetz, § 8 Abs. 3 i.V.m. § 5) ausdrücklich die Unentgeltlichkeit der Körperspende festschreiben. Aus ethischer Sicht erfordert die Würde des toten menschlichen Körpers, dass mit ihm nicht gehandelt wird. *Kant* hat grundlegend festgehalten, dass sich Würde und ein „Preis" geradezu ausschließen: „was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde" (Kant 1998 [1785]).

Entsprechend war ein häufiger Kritikpunkt an *Gunther von Hagens*' Körperwelten-Ausstellungen und Plastinationsbetrieben, dass es hier zu einer Kommerzialisierung des Umgangs mit dem Leichnam komme (Jones and Whitaker 2009). Tatsächlich schränken *von Hagens*' Kataloge zwar den Käuferkreis für plastinierte Körperteile auf medizinisches Fachpersonal ein, machen aber nicht einmal den Versuch, Preise als Dienstleistungskosten oder Aufwandsentschädigung zu deklarieren

– jedes Plastinat, also jeder Körper, hat einfach einen Verkaufspreis. Man kann zwar als Spender seinen Körper nicht an *von Hagens* verkaufen, *von Hagens* kann ihn aber – nach Bearbeitung – offenbar weiterverkaufen. Ähnliches gilt für US-amerikanische *for-profit*-Organbanken, die menschliche Körperteile zum Teil in der ganzen Welt verkaufen (Dickenson 2008, Champney 2016).

Die *Recommendations* verlangen daher nicht nur, dass die Körperspende selbst ohne finanzielle Anreize zustande kommen, sondern dass auch die weitere Verwendung des so erworbenen Körpers nicht auf finanziellen Gewinn ausgerichtet sein soll. Dies schließt ausdrücklich nicht die Erstattung entstandener Kosten aus, wie sie z.B. für Konservierung und Transport oder für die Verwaltung eines Körperspendeprogramms anfallen können. Idealerweise werden Körper oder Körperteile aber gar nicht „veräußert", sondern bleiben auch bei „externer" Verwendung in der formalen Obhut der Institution, die die Körperspende angenommen hat.

5. *Consensus* als zusätzliches Erfordernis (1b, 9)

Wie an anderer Stelle ausführlicher dargelegt (Winkelmann 2016), lässt sich die *informed consent*-Regelung aus der klinischen Forschung am lebenden Menschen nicht völlig problemlos auf den Umgang mit dem Körper eines Verstorbenen übertragen, nicht zuletzt weil die Toten nicht mehr für sich selbst sprechen können. Deshalb ist neben dem *consent*, der Einwilligung zu Lebzeiten, ein *consensus* erforderlich, also eine Verständigung innerhalb des näheren und weiteren Umfelds, die über den Tod hinaus sicherstellt, dass die Wünsche des Verstorbenen berücksichtigt und richtig interpretiert werden. Es ist daher eine Einbeziehung der nächsten Angehörigen zu fordern. Die *Recommendations* sehen dies zwar nicht als essentiell an, bezeichnen aber doch zumindest als sinnvoll, dass auch nächste Angehörige die letztwillige Verfügung mit unterzeichnen.

Ich würde hier weiter gehen und einem (näher zu definierenden) Angehörigenkreis ein Vetorecht zugestehen, denn für die Angehörigen stellt die Verwendung des Leichnams ja oft eine besondere Belastung dar. Es ist natürlich vorstellbar, dass individuelle Körperspender eine solche Einbeziehung eines definierten Angehörigenkreises ablehnen und als Eingriff in ihre Autonomie ansehen. Zur Wahrung der Autonomie der Körperspender ist hier eine „Veto-Vetoausschluss-Regelung" vorstellbar: Angehörigen wird zwar prinzipiell ein Vetorecht zugestanden, dem Körperspender wird aber die Möglichkeit gegeben, in der Verfügung ein Veto auszuschließen, also ausdrücklich eine Körperspende auch gegen den Willen von Angehörigen zu verfügen. Dieser Ausgleich zwischen Autonomie des Körperspenders und den Bedürfnissen seines Umfelds wird in verschiedenen Kulturen der Welt sicher verschieden ausfallen.

Zusätzlich sollte der genannte *consensus* aber auch ein weiteres Umfeld einbeziehen, also nicht nur Körperspender und deren Angehörige und Freunde, sondern auch einerseits die Anatomen und andere „Nutzer", andererseits die weitere Ge-

sellschaft, in der diese Vorgänge ablaufen und die diese spezielle Art des Umgangs mit Verstorbenen akzeptieren muss. Ein solcher weitergefasster Konsens kann die Stimme des Verstorbenen, der nach dem Tod nicht mehr für sich sprechen kann, quasi über den Tod hinaus forttragen und ein entsprechendes Vermächtnis umzusetzen helfen. Und er kann klarere Rahmenbedingungen schaffen für die nicht immer eindeutige Frage, welche Verwendung des Leichnams legitim ist. So führt z.B. die Frage, ob konservierte Leichen öffentlich ausgestellt werden dürfen, seit dem Aufkommen der „Körperwelten"-Ausstellungen zu kontroversen Diskussionen, nicht nur wegen der damit verbundenen Kommerzialisierung (s. oben). In diesen Diskussionen wird deutlich, dass die Übereinkunft von Körperspender und Anatom allein (die ja durchaus eine öffentliche Zurschaustellung einschließen kann) nicht von allen ethischen Bedenken befreit, denn die Ausstellung kann sowohl die Gefühle der Freunde und Angehörigen der Verstorbenen verletzen als auch die einer weiteren Öffentlichkeit. Die ethische Akzeptabilität der anatomischen Verwendung eines Leichnams lässt sich also in bestimmten Fällen nur durch einen breiteren Konsens innerhalb der Gesellschaft abklären.

Im Gegensatz zu normativen Zugängen zu Ethik (Deontologie, z.B. Kant) und utilitaristischen Theorien (z. B. Bentham, Mill) gab es bisher vergleichbar wenige Versuche, ethische Entscheidungen durch interaktive und diskursive Konsensfindung zu begründen. Ein Ansatz hierzu ist *Habermas'* Diskursethik (Habermas 2009), bei der ein „herrschaftsfreier Diskurs" aller Beteiligten die Wahrheit bestimmter ethischer Normen etabliert. Allerdings stellt *Habermas'* Zugang hohe Anforderungen an eine ideale Kommunikationssituation und ambitionierte Diskursteilnehmer und unterschätzt auch emotionale Aspekte (Benhabib 1992). Ein weiterer Ansatz ist der moralische Kontraktualismus (Gauthier 1986), der Ethik analog zur politischen Vertragstheorie begründet. Normen werden hier von Menschen ausgehandelt, die zwar ihre Eigeninteressen verfolgen, aber diese aus verschiedenen Gründen nicht zu maximieren suchen, sondern zu Zugeständnissen bereit sind (z.B. wegen zu erwartendem Nutzen aus Kooperation). Dieser Prozess erfordert allerdings lernfähige Teilnehmer und riskiert, schwache vulnerable Teilnehmer auszugrenzen (Vallentyne 1991). Beide Theorien können die spezielle Situation der Körperspende nur bedingt abbilden, in der die Verstorbenen als „vulnerable" Teilnehmer angesehen werden müssen, ähnlich wie z.B. unmündige Patienten in der klinischen Forschung, die auch nur bedingt an „Vertragsverhandlungen" teilnehmen können. Beide Theorien machen aber deutlich, dass für eine entsprechende Konsensfindung ein Dialog auf Augenhöhe erforderlich ist sowie das Bemühen, die Perspektive des jeweils Anderen einzunehmen (vgl. Winkelmann 2016).

6. Transparenz der Verwendung, Nicht-Öffentlichkeit der Sektion (5, 6, 8e, 9)

Auch um den oben beschriebenen Konsens nicht zu gefährden, sollte ein Körperspendeprogramm nicht im Geheimen, sondern im Austausch mit der Öffentlichkeit arbeiten und deren Unterstützung suchen. Die *Recommendations* legen in Punkt 9 ausführlich dar, dass alle Schritte von der ersten Anfrage potenzieller Körperspender über die zur Verfügung gestellten Informationen und die unterzeichnete Vereinbarung bis hin zur letztlichen Bestattung transparent geregelt sein sollten.

Die konkrete anatomische Sektion soll hingegen nicht-öffentlich stattfinden, denn die Privatsphäre von Spendern und Angehörigen muss geschützt werden. Nicht zuletzt haben Angehörige und Freunde ein Recht, von konkreten Vorstellungen oder gar Bildern der Zergliederung des Verstorbenen verschont zu bleiben (Carmichael and Pawlina 2004), weshalb Präpariersäle Räume mit spezieller Zugangsregelung sein müssen und Kursteilnehmer üblicherweise auf eine Art ärztliche Schweigepflicht und ein Fotografierverbot verpflichtet werden. Diese Nicht-Öffentlichkeit der Sektion bedeutet nicht, dass die Sektion etwas „Geheimes" ist – bei berechtigtem Interesse kann auch Personen, die nicht an Kursen teilnehmen, ein kontrollierter Zugang zu einem Präpariersaal gewährt werden (z.B. Journalisten, Künstlern, an einem Medizinstudium Interessierten etc.). Ein Besuch aus reiner Neugier oder morbider Lust sollte jedoch vermieden werden, da dies über die Intention einer Körperspende „zu Forschungs- und Lehrzwecken" hinausgeht und in den meisten Kulturen auch allgemeinen Vorstellungen vom Respekt gegenüber den Toten widerspricht. Dies macht die besonderen ethischen Probleme deutlich, die mit der Ausstellung von konservierten Leichen und anatomischen Präparaten einhergehen (s. oben).

Eine spezielle Frage betrifft die Wahrung der Anonymität der Körperspender. Während intern jeder Körper bzw. jedes Körperteil auf einen namentlich bekannten Körperspender zurückverfolgbar bleiben muss (z.B. durch eine Nummernvergabe), wird die Privatsphäre der Spender und ihrer Angehörigen gegenüber Kursteilnehmern durch Anonymität geschützt. In Europa und Nordamerika ist diese Anonymität üblich, Namen werden meist nur – ohne individuelle Zuordnung – bei Gedenkfeiern genannt. In einigen asiatischen Ländern besteht hingegen eine Kultur der Namensnennung, die mit einem persönlicheren Kontakt von Studierenden und Angehörigen verbunden sein kann (Winkelmann and Güldner 2004, Lin et al. 2009). Im „Westen" gibt es ähnliche Entwicklungen zu weniger Anonymität (Talarico 2013), die sicher unterstützenswert sind, um einen pietätvollen Umgang mit sterblichen Überresten zu fördern. Solange man aber nicht generell vom Einverständnis aller Körperspender ausgehen kann, sollten diese in ihrer letztwilligen Verfügung festlegen können, ob sie mit der Nennung ihres Namens einverstanden sind.

7. Bestattung und Gedenken (7e, 8d, 9, 11)

Die Institution, die die Körperspende angenommen hat, ist dafür verantwortlich, dass die Körper der Verstorbenen angemessen und respektvoll „entsorgt" werden, wobei der Begriff „Entsorgung" schon recht respektlos klingt, aber im Gegensatz zu anderen Begriffen (etwa „Beseitigung") immerhin noch eine vorangehende „Sorge" impliziert. Entsprechend der jeweiligen Kultur wird dies meist eine Form von Einäscherung und Bestattung bedeuten (eine reine Erdbestattung kann wegen erfolgter Konservierung und Unverweslichkeit unmöglich sein). Da anatomische Institute einen Bedarf haben, einzelne Präparate von Körperteilen gelegentlich über längere Zeit zu verwenden (das Berliner Sektionsgesetzt gestattet z.B. in § 9 Abs. 3, dass über die Bestattung hinaus „Leichenteile zurückbehalten werden"), ist für solche Präparate ggf. eine spätere angemessene „Entsorgung" akzeptabel – analog zur Behandlung von bei Operationen entnommenen Organen oder amputierten Körperteilen, die ja auch nicht individuell bestattet werden. Im Sinne der o. g. Transparenz sollte dies aber auch in der letztwilligen Verfügung geregelt sein.

Es gibt vor allem in den USA Körperspende-Institutionen, die konservierte oder eingefrorene Körperteile zur Verwendung in anatomischen und chirurgischen Kursen über weite Distanzen, auch international, versenden – z.T. sogar mit legaler Profit-Orientierung, wie oben erwähnt (Champney 2016). Diese Entwicklung hat es erforderlich gemacht, dass in den *Recommendations* ausdrücklich Verfahren verlangt werden, die sicherstellen, dass die Institution über den Aufenthaltsort der einzelnen Körperteile eines Spenders jederzeit informiert ist (Schmitt et al. 2014). Eine Verschiffung von z.B. einzelnen Knien, Schultern oder Füßen wirft aber die Frage auf, ob diese Körperteile je zur versendenden Institution zurückkehren und mit den übrigen sterblichen Überresten eines Spenders bestattet werden, oder ob sie dann vor Ort „entsorgt" werden – und wenn ja, ob die Spender davon wissen.

Ein Indikator der ethischen Ernsthaftigkeit, mit der eine Institution mit der Körperspende umgeht, ist sicher, ob und in welcher Form sie ein Gedenken an die Verstorbenen organisiert. In Deutschland wird in fast allen Fakultäten nach dem anatomischen Präparierkurs eine Gedenkfeier organisiert, an der Studierende und Angehörige beteiligt sind (Pabst et al. 2017), während ein solches Gedenken bei Fortbildungskursen oder in der Forschung unüblich ist. In buddhistischen Ländern sind z.T. sehr elaborierte religiöse Zeremonien vor und nach Präparierkursen bekannt.

8. Schlussfolgerungen

Im Umfeld der anatomischen Körperspende gibt es ganz offensichtlich viele ethische Fragen, die sich nicht ganz einfach beantworten lassen. Wir sind noch weit entfernt von einem international breit akzeptierten und befolgten ethischen Standard zur Verwendung der Körper Verstorbener in der Anatomie. Dies spiegelt nicht zuletzt auch die weltweite kulturelle und rechtliche Vielfalt im Umgang mit

dem Tod wider. Es ist viel erreicht, wenn alle Beteiligten sich bewusst machen, dass das, was sie tun, nicht immer (und für alle) selbstverständlich ist, und sich bemühen, mit allen anderen Beteiligten einen möglichst breiten Konsens zu suchen.

Literatur

Benhabib, S.: Situating the self – Gender, community and postmodernism in contemporary ethics. Cambridge 1992, Polity Press.

Carmichael, S. W. and W. Pawlina: Loose lips sink ships. Acad Med 79 (2004): 1002.

Champney, T.H.: The business of bodies: Ethical perspectives on for-profit body donation companies. Clin Anat 29 (2016): 25-29.

Dickenson, D.: Body shopping – Converting body parts to profit. Oxford 2008, Oneworld.

Flanagan, T.A. and G.E. Murphy: Body donation and suicide. Is there a relationship? Arch Gen Psychiatry 28 (1973): 732-734.

Garment, A., Lederer, S., Rogers, N. and Boult, L.: Let the dead teach the living: the rise of body bequeathal in 20th-century America. Academic Medicine 82 (2007): 1000-1005.

Gauthier, D.: Morals by agreement. Oxford 1986, Clarendon Press.

Habermas, J.: Diskursethik. Frankfurt/Main 2009, Suhrkamp.

Hildebrandt, S.: Capital punishment and anatomy: history and ethics of an ongoing association. Clinical Anatomy 21 (2008): 5-14.

International Federation of Associations of Anatomists: Recommendations of Good Practice for the Donation and Study of Human Bodies and Tissues for Anatomical Examination. Plexus – Newsletter of the IFAA 2012, 4-5.

Jones, D.G.: Searching for good practice recommendations on body donation across diverse cultures. Clin Anat 29 (2016): 55-59.

Jones, D.G. and Whitaker, M.I.: Engaging with plastination and the Body Worlds phenomenon: a cultural and intellectual challenge for anatomists. Clinical Anatomy 22 (2009): 770-776.

Jones, D.G. and Whitaker, M.I.: Anatomy's use of unclaimed bodies: reasons against continued dependence on an ethically dubious practice. Clinical Anatomy 25 (2012): 246-254.

Kant, I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (1785). Göttingen 2004, Vandenhoeck & Ruprecht (Hrsg.: Timmermann, J.) .

Kleinke, R.: Ein Blick auf die Körperspende des Jahres 1845 – Einblick in die Körperspende heute. Dissertation zum Dr. med. dent., Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2007.

Lin, S.C., Hsu J. and Fan, V.Y.: „Silent virtuous teachers“: anatomical dissection in Taiwan. British Medical Journal 339 (2009): b5001.

MacKay, D.: Opt-out and consent. J Med Ethics 41 (2015): 832-835.

McHanwell, S., Brenner, E., Chirculescu, A., Drukker, J., van Mameren, H., Mazzotti, G., Pais, D., Paulsen, F., Plaisant, O., Caillaud, M.M., Laforêt, E., Riederer, B.M., Sañudo, J., Bueno-López, J.L., Doñate-Oliver, F., Sprumont, P., Teofilovski-Parapid G. and Moxham, B.J.: The legal and ethical framework governing body donation in Europe – A review of current practice and recommendations for good practice. European Journal of Anatomy 12 (2008): 1-24.

Pabst, R., Schmiedl, A., Schrieber, S., Tschernig, T. and Pabst, V.C.: Ceremonies of gratitude following the dissection course: A report on procedures in departments of anatomy in German speaking countries. Ann Anat 210 (2017): 18-24.

Riederer, B.M.: Body donations today and tomorrow: What is best practice and why? Clin Anat 29 (2016): 11-18.

Schmitt, B., Wacker, C., Ikemoto, I., Meyers, F.J. and Pomeroy C.: A transparent oversight policy for human anatomical specimen management: the University of California, Davis experience. Acad Med 89 (2014): 410-414.

Talarico, E.F., Jr.: A change in paradigm: giving back identity to donors in the anatomy laboratory. Clin Anat 26 (2013): 161-172.

Vallentyne, P.: Contractarianism and rational choice: essays on David Gauthier's Morals by agreement. New York 1991, Cambridge University Press.

Winkelmann, A.: Zur Legitimation der Verwendung menschlicher Leichen in der heutigen Anatomie. Habilitationsschrift. Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2013.

Winkelmann, A.: Consent and consensus – ethical perspectives on obtaining bodies for anatomical dissection. Clinical Anatomy 29 (2016): 70-77.

Winkelmann, A. and Güldner, F.H.: Cadavers as teachers: the dissecting room experience in Thailand. British Medical Journal 329 (2004): 1455-1457.

Winkelmann, A., Heinze, A.-K. and Hendrix, S.: Acknowledging tissue donation: Human cadaveric specimens in musculoskeletal research. Clinical Anatomy 29 (2016): 65-69.

Winkelmann, A. and Schagen, U.: Hermann Stieve's clinical-anatomical research on executed women during the „Third Reich“. Clinical Anatomy 22 (2009): 163-171.

World Medical Association: Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2013. Retrieved 14 January 2015, from http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3.

Zuniga-Fajuri, A.: Increasing organ donation by presumed consent and allocation priority: Chile. Bull World Health Organ 93 (2015): 199-202.

Rechtliche Aspekte der Körperspende

Dr. iur. Markus Thier

1. Einleitung

Das Selbstbestimmungsrecht hat auch bei der Körperspende eine wichtige Funktion. Da der menschliche Körper als Schatzkammer erscheint, die mit Blick auf die mannigfaltigen Möglichkeiten der Körperspende Begehrlichkeiten weckt, besteht bei einem rechtlich unkontrollierten Umgang mit der Körperspende die Gefahr, dass der menschliche Körper unter Verletzung des Selbstbestimmungsrechts zum Objekt degradiert wird. Insofern kommt dem Schutz des Selbstbestimmungsrechts eine wichtige Bedeutung zu. Dabei ist zwischen der Lebendspende und der Spende post mortem sowie danach zu differenzieren, durch wen eine mögliche Einwilligung erteilt wird. Es kommt darauf an, ob dem Menschen nach seinem Tode noch die Qualität als Rechtssubjekt zuerkannt wird; damit hängt auch die Frage zusammen, wer letztendlich über den postmortalen Umgang mit dem Körper entscheidet.

Bei alledem ist es wichtig, dass der Körper als besonderer Teil der Persönlichkeit des Menschen vor einem unkontrollierten Zugriff geschützt wird. Gleichzeitig ist auffällig, dass mit Blick auf die Körperspende das Selbstbestimmungsrecht begrenzende Restriktionen gesetzlich implementiert wurden. Im Transplantationsgesetz sind gar strafrechtlich bewehrte Sanktionen vorgesehen, die unter bestimmten Voraussetzungen die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts des Spenders unter Strafe stellen. Klärungsbedarf besteht daher insofern, als einerseits das (postmortale) Selbstbestimmungsrecht schützenswert erscheint, aber anderseits das Handeln

mit Organen unter Strafe gestellt ist, obwohl der Spender freiwillig etwa mit dem Verkauf einer Niere ein erwünschtes Entgelt bekommen würde, um damit etwa eine lebensnotwendige Operation eines nahen Angehörigen zu finanzieren. Diese Restriktion erscheint paternalistisch, da nachweislich mit nur einer Niere kein Leben mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen droht.

Im Folgenden wird zunächst der zivilrechtliche Meinungstand bezüglich der dogmatischen Grundlage des Selbstbestimmungsrechts im Zusammenhang mit der Körperspende aufgezeigt, bevor straf- und verfassungsrechtliche Aspekte diskutiert werden. Sodann wird das postmortale Persönlichkeitsrecht genauer betrachtet und dabei der Rechtsstatus des Leichnams ermittelt. Damit wird auch die Frage besprochen, um wessen Einwilligung es sich bei der postmortalen Organspende handelt, wenn die Angehörigen des Verstorbenen aktiv werden und über das Schicksal einer Organspende befinden. Ferner wird die Rechtsnatur der Zustimmung zu einer postmortalen Körperspende ermittelt. Schließlich werden ausgewählte gesetzliche Restriktionen des Selbstbestimmungsrechtes dahingehend analysiert, ob sie angemessen sind bzw. als paternalistisch erscheinen und daher de lege ferenda auf den Prüfstand gestellt werden sollten.

2. Rechtliche Perspektiven in Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht

2.1 Zivilrechtliche Überlegungen

Aus dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht resultiert der Schutz vor Fremdbestimmung Dritter. Der Träger des Persönlichkeitsrechts übt die Kontrolle über seine Belange aus. Eine Ausprägung ist das Recht, das Schicksal des eigenen Körpers auch über den Tod hinaus zu regeln, also etwa konkret zu entscheiden, ob Organe bzw. Gewebe zu Transplantationszwecken freigegeben werden oder nicht. Nach der Rechtsprechung des BGH wird das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper ausdrücklich an das absolute Rechtsgut des Körpers geknüpft. So bekräftigte der BGH seine Auffassung, dass das Rechtsgut des Körpers als gesetzlich ausgeformter Teil des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts zu interpretieren sei. Deswegen sei jeder nicht von einer Einwilligung gedeckte Eingriff als Eingriff in die körperliche Integrität zu verstehen. Das Selbstbestimmungsrecht ist daher nicht als „sonstiges Recht" im Sinne des § 823 Abs. 1 BGB, sondern nach dieser Auffassung unter den Schutzbereich des absolut geschützten Rechts auf Unversehrtheit des Körpers zu fassen. Aber zu Recht wird dagegen eingewandt, dass das Selbstbestimmungsrecht als „sonstiges Recht" zu kategorisieren sei, da sich das Recht auf Selbstbestimmung nicht von einem anderen Recht ableitet, sondern wesentliche (rechtliche) Grundlage unseres freiheitlichen Lebens überhaupt bildet.

2.2 Strafrechtliche Implikationen

Nach h.M. verwirklicht auch ein nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführter Heileingriff den Körperverletzungstatbestand gemäß § 223 StGB. Auch eine Organtransplantation erfüllt dann die tatbestandlichen Voraussetzungen einer Körperverletzung, selbst wenn sie lege artis durchgeführt wurde. Eine Körperverletzung wird allerdings nur dann als rechtswidrig klassifiziert, wenn sie ohne wirksame Einwilligung vorgenommen wurde. Der Arzt hat somit bei der Durchführung eines ärztlichen Heileingriffes zwingend das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten und zwar auch dann, wenn der Heileingriff im wohlverstandenen Patienteninteresse erfolgen würde. Auf die vorgängige Einholung eines Einverständnisses kann ausnahmsweise aber dann verzichtet werden, wenn sie aktuell nicht möglich und der Heileingriff unaufschiebbar und im wohlverstandenen Patienteninteresse erfolgt (mutmaßliche Einwilligung). Ferner ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch dann zu beachten, wenn dessen konkrete Ausübung nach objektiven Maßstäben unvernünftig erscheint. Der Arzt hat nicht das Recht, den Patienten zu einem maximalen Therapieerfolg zu zwingen. Vielmehr sollte der Arzt im Arzt-Patienten-Verhältnis die Rolle als partnerschaftlicher Berater einnehmen.

Letztendlich sieht sich daher der Arzt mit haftungsrechtlichen und strafrechtlichen Konsequenzen konfrontiert, wenn er ohne wirksame Einwilligung in paternalistischer Weise im vermeintlichen Patienteninteresse agiert. Das früher vorherrschende paternalistisch geprägte Selbstverständnis der Ärzteschaft ist erfreulicherweise größtenteils überwunden und von einem beratenden und in letzter Konsequenz dem Patientenwillen untergeordneten Selbstverständnis abgelöst worden. Das Selbstbestimmungsrecht entfaltet daher auch rechtfertigende Wirkung und beseitigt strafrechtliches Unrecht. Grenze des Selbstbestimmungsrechts ist die Aufklärung. Aufgrund des Wissensgefälles im Arzt-Patienten-Verhältnis ist eine vorgängige umfassende ärztliche Aufklärung unumgänglich. Ohne eine hinreichende Aufklärung ist eine rechtfertigende Einwilligung unmöglich. Prima facie könnte man argumentieren, dass das Aufklärungserfordernis das Selbstbestimmungsrecht begrenzt. Bei näherer Betrachtung dient das Aufklärungserfordernis jedoch dem Schutz des Selbstbestimmungsrechts. Insofern wäre ein formeller Einwilligungsakt wertlos, da ohne ärztliche Aufklärung eine sämtliche Risiken abdeckende und die Tragweite des Eingriffs überblickende Einwilligung nicht gewährleistet wäre. Ohne Aufklärung ist eine „Einwilligung“ in einen ärztlichen Eingriff daher gegenstandslos und unbeachtlich.

2.3 Verfassungsrechtliche Implikationen

Das Selbstbestimmungsrecht hat insbesondere auch verfassungsrechtliche Implikationen. Das Bundesverfassungsgericht erkennt in ständiger Rechtsprechung ein umfassendes Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG an.

Aus dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht resultieren zahlreiche konkrete Ausprägungen, wenn sich dieser Schutz nicht bereits aus anderen Grundrechten ergibt. Zum einen schützt das Allgemeine Persönlichkeitsrecht die freie Entfaltung der Persönlichkeit, also die Handlungs- und Entschließungsfreiheit, zum anderen wird aber auch das Recht geschützt, von staatlichen Eingriffen verschont zu bleiben, also in Ruhe gelassen zu werden. Das Allgemeine Persönlichkeitsrecht steht auch in Verbindung zu Art. 1 Abs. 1 GG, da aus der Menschenwürdegarantie das Recht resultiert, als Mensch sich selbst bei elementaren Fragen in Freiheit und Selbstbewusstsein zu bestimmen. Aus der Menschenwürde konkretisiert sich das Recht auf Selbstbestimmung des Einzelnen. Eigenwert und Selbstbestimmung des Menschen bedingen sich also wechselseitig. Der aus der Menschenwürde resultierende Schutz, nicht zum Objekt staatlichen Handelns gemacht zu werden, impliziert eine besonders krasse Verletzung der menschlichen Selbstbestimmung.

3. Postmortales Persönlichkeitsrecht

3.1 Einleitung

Der Körper steht grundsätzlich zur Disposition des Rechtsgutsträgers, weswegen der Arzt verpflichtet ist, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über seinen Körper zu respektieren. Das gilt nicht nur für die Lebendspende, sondern auch bezüglich der Organspende post mortem. Da der Mensch (nach geltendem Recht) mit dem Hirntod stirbt und der Körper zum Leichnam wird, ist fraglich, auf welcher dogmatischen Grundlage der Einwilligungsvorbehalt in Bezug auf die Körperspende post mortem resultiert. Denkbar ist, dass die Einwilligung in Bezug auf eine Organspende zu einem Zeitpunkt erfolgt, als der Mensch noch lebte und als Rechtsgutsträger daher der Schutz der Integrität des Körpers und das sich daran anknüpfende Selbstbestimmungsrecht für sich noch reklamieren kann und diese Schutzwirkung dann über den Tod hinauswirkt. Daher ist zu klären, ob der zu Lebzeiten vollzogene Akt des Selbstbestimmungsrechts nach dem Tode in welcher Form auch immer fortwirkt, oder ob die Zustimmung durch die Angehörigen des Verstorbenen als eigenständig kategorisiert werden kann; die Zustimmung der Angehörigen erfolgte daher im letzteren Sinne zwar im wohlverstandenen Interesse des Verstorbenen, wäre letztendlich aber treuhänderisch und daher vom Selbstbestimmungsrecht des Verstorbenen zu unterscheiden. Zudem ist klärungsbedürftig, welche rechtliche Qualität das postmortale Persönlichkeitsrecht im Verhältnis zum Allgemeinen Persönlichkeitsrecht hat.

3.2 Rechtliche Ausprägungen des postmortalen Persönlichkeitsrechts

Der Persönlichkeitsrechtsschutz endet nicht mit dem Tod. So beinhalten die §§ 22 Satz 3 und 4 KUG, § 64 Abs. 1, 83 UrhG und §§ 168, 189 StGB Ausprägungen des postmortalen Persönlichkeitsschutzes. Über diese Spezialgesetzte hinaus ist allgemein anerkannt, dass die menschliche Persönlichkeit auch nach dem Tode geschützt wird. Das BVerfG führte aus, dass der Schutz der Menschenwürde und des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts nur dann vollständig ist, wenn der Mensch zu Lebzeiten darauf vertrauen kann, dass sein Bild nach eigenen Vorstellungen post mortem fortdauert. Dabei wird der allgemeine postmortale Persönlichkeitsschutz auch aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG hergeleitet. Erst durch den Schutz des postmortalen Persönlichkeitsrechts ist das Allgemeine Persönlichkeitsrecht verwirklichbar.

3.3 Dogmatische Stellung des postmortalen Persönlichkeitsrechts

Der BGH und Teile des Schrifttums dehnen den Schutz von Art. 2 Abs. 1 GG auch auf Verstorbene aus. Dies wird damit begründet, dass allein auf Art. 1 GG der Schutz des postmortalen Persönlichkeitsrechts nicht realisierbar sei, da Art. 1 GG aufgrund seiner systematischen Stellung kein eigenständiges Grundrecht sei. Demgegenüber vertritt das BVerfG zu Recht die gegenteilige Auffassung mit der Begründung, dass mit dem Tod der Schutzbereich des Lebensschutzes endet. Jedoch ist die Menschenwürdegarantie ein eigenständiges Grundrecht. Es steht unter der Rubrik „Grundrechte". Wenn man sie nur in Verbindung mit einem anderen Grundrecht schützen würde, liefe man Gefahr, den Schutz der Menschenwürdegarantie auszuhöhlen. Diese Degradierung wäre jedoch mit der prominenten Stellung und ihrer geschichtlichen Bedeutung nicht vereinbar. Diese Gefahr kann nur abgewendet werden, wenn der Menschenwürdegarantie eine eigenständige Bedeutung zugemessen wird. Aus Art. 1 GG ergibt sich, den Menschen über den Tod hinaus zu schützen und ihn vor Erniedrigung zu bewahren. Gleichwohl ist das postmortale Persönlichkeitsrecht qualitativ ein Aliud zum Menschenwürdeschutz. Es entspringt zwar aus Art. 1 GG, ist aber einschränkbar.

3.4 Der postmortale Schutz der Selbstbestimmung über den Körper

Die Kategorisierung der rechtlichen Bestimmung über das Schicksal des Leichnams zu Lebzeiten mit Wirkung über den Tod hinaus ist diffizil. Ist die Geltendmachung dieses Rechts nun Ausdruck des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts, das Auswirkung über den Tod hat oder der des postmortalen Persönlichkeitsrechts, das zu Lebzeiten lediglich initiiert wurde?

Die erstbenannte Option wird damit begründet, dass persönliche Entscheidungen auch dann noch zu beachten sind, wenn das Rechtssubjekt, das sie getroffen hat, nicht mehr existiert. Diese Ansicht kommt ohne die heikle Diskussion aus, ob

dem Leichnam eine Persönlichkeit sui generis zukommt und damit überhaupt Träger von Rechten und Pflichten sein kann. Insoweit ist die Bestimmung über das Schicksal des Leichnams (postmortale Organspende) nur mittels Ausübung des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts möglich. Es wird ferner argumentiert, dass nur der Lebendige Anordnungen treffen könne. Würde man diese Ansicht ernst nehmen, dann wären die dogmatischen Diskussionen in Bezug auf ein postmortales Persönlichkeitsrecht obsolet. Mangels Rechtsubjektivität des Leichnams könnte das Selbstbestimmungsrecht über den Tod hinaus nur auf das Allgemeine Persönlichkeitsrecht gestützt werden. Insofern bezeichnete das postmortale Persönlichkeitsrecht lediglich die spezifischen Rechtswirkungen des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts über den Tod hinaus.

Diese Auffassung würde allerdings den Leichnam als Sache degradieren. Zwar leitet der Leichnam seinen Eigenwert aus seinem vormaligen Menschsein ab, der sich gewissermaßen aus der Menschenwürde ableitet. Der Eigenwert des Leichnams verblasst im Laufe der Zeit mit der Folge, dass er unweigerlich zur Sache wird und des postmortalen Persönlichkeitsrechts verlustig geht. Dabei ist strittig, nach welcher Zeitspanne der Leichnam zur Sache transformiert wird. Jedenfalls ist der Leichnam im Zeitpunkt der postmortalen Organspende keine Sache, da sie unmittelbar nach dem Tod durchgeführt werden muss, um die Ischämiezeiten (Mangeldurchblutung) so kurz wie möglich halten zu können. Das postmortale Persönlichkeitsrecht leitet sich aus der Menschenwürde ab, ist jedoch qualitativ ein Aliud. Der Schutz des postmortalen Persönlichkeitsrechts ist weniger stark ausgeprägt und daher im Unterschied zur Menschenwürde auch einschränkbar. So ist das herrschende Todeskriterium, mit dem der Todeseintritt markiert wird, keinesfalls unumstritten. Die Darstellung der nicht enden wollenden Kritik am Hirntodkriterium würde an dieser Stelle den hier vorgesehenen Rahmen sprengen, da mit diesem Beitrag lediglich überblicksartig die rechtlichen Aspekte der Körperspende vorgestellt werden sollen. Vorzugswürdig ist die Ansicht, die den Hirntoten alsweder tot noch lebendig kategorisiert. Daher ist der Leichnam Träger von Rechten und Pflichten, jedenfalls noch während der Ischämiezeit, in welcher die postmortale Organspende durchgeführt werden muss. Da der Lebensschutz gemäß Art. 2 Abs. 2 GG mit dem Tod des Rechtsubjekts endet, leitet sich das postmortale Persönlichkeitsrecht aus Art. 1 GG ab. Diese Rechtsbefugnis ist daher an einen Rechtsgutsträger gekoppelt und leitet sich aus Art. 1 Abs.1 GG ab. Mit dem Hirntod verliert der Mensch nicht seine Würde. Es ist qualitativ in Bezug auf den Menschenwürdeschutz bzw. dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht ein Aliud. Das postmortale Persönlichkeitsrecht ist im Gegensatz zum Menschenwürdeschutz einschränkbar, aber auch in Bezug auf das Allgemeine Persönlichkeitsrecht leichter begrenzbar, da mit dem Todeseintritt, also mit seinem Beginn, gleichzeitig sein Ende vorgegeben ist. Mit fortschreitender Zeit verblasst es kontinuierlich (s.o.). Der geringere Schutzzuschnitt ist auch darin begründet, dass ebenfalls strafrechtliche Normen für den Leichnam nicht mehr zugeschnitten sind. Vom Schutzzweck der Norm der §§ 211 StGB ff. ist der Leichnam nicht mehr

erfasst. Mit dem Tod endet der Schutzbereich der Delikte zum Schutz vor Straftaten gegen das Leben. Ein gewisser strafrechtlicher Schutz des Leichnams ergibt sich aber durch § 168 StGB (Störung der Totenruhe) und durch § 189 StGB (Verunglimpfung des Andenkens Verstorbener). Der verfassungsrechtlich schwächere Schutzzuschnitt des Leichnams setzt sich konsequent in einem abgestuften strafrechtlichen Schutz fort.

Der vorstehende Streitstand spiegelt sich auch in Bezug auf das Einwilligungserfordernis hinsichtlich der postmortalen Organspende wider. Das Schrifttum geht davon aus, dass der zu Lebzeiten geäußerte Wille auch nach dem Tode zu beachten sei. Diese Ansicht beruht auf der Annahme, dass der Leichnam kein Rechtsgutsträger ist, was denknotwendig zugleich seine Sachqualität impliziert. Die Einwilligung zu Lebzeiten ist nach dieser Ansicht auch nach dem Tod zu berücksichtigen und wirkt als Reflex des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts nach. Diese Anordnung des Lebenden entfalte erst mit dem Tod seine Verbindlichkeit. Bestimmen könne nur der Lebende für die Zeit nach dem Tod.

Vorzugswürdig ist jedoch die Ansicht, die auch dem Leichnam eine gewisse Rechtsfähigkeit zuerkennt. Da der Leichnam jedoch nicht in der Lage ist, sein Selbstbestimmungsrecht auszuüben, wird dieser zu Lebzeiten antizipiert. Der Leichnam und der Mensch sind insofern auch nicht als konkurrierende Persönlichkeiten zu verstehen. Dieser Umstand ergibt sich bereits daraus, dass der Mensch und der Leichnam sich zeitlich nachfolgen und im Moment des Todes der Paradigmenwechsel erfolgt. So überlegt sich der Mensch zu Lebzeiten ja nicht, an welchen Bestattungsformen und an welchen Zeremonien er selbst als Mensch partizipieren möchte. Vielmehr regelt er das Schicksal seiner sterblichen Überreste. Sowohl nach christlichem als auch nach atheistischem Verständnis ist die Person entweder außerhalb der menschlichen Hülle oder nicht mehr existent. Die zu Lebzeiten getroffene Erlaubnis, menschliche Substanzen zu spenden, ist somit als Testament über das Schicksal des Leichnams anzusehen. Die Legitimation des Erbrechts resultiert ja gerade aus der Notwendigkeit, das Schicksal des Vermögens des Verstorbenen neu zu bestimmen. Das Vermögen gehört daher mit dem Tod nicht mehr dem ehemaligen Rechtsträger, sondern geht auf die Erben über. Der Unterschied zur Erbschaft besteht jedoch darin, dass der Leichnam eine Zwischenstufe in Bezug auf die Persönlichkeitsrechte benötigt. Mangels einer Existenzperspektive hat der Gesetzgeber die Vermögenszäsur zum Todeszeitpunkt vorverlegt, obwohl der Leichnam noch Träger von Rechten und Pflichten für eine gewisse Zeit ist und daher es denkbar wäre, den Vermögensübergang zeitlich zu verschieben. Bei den Persönlichkeitsrechten ist es anderes: Auch in der Phase, in der der Leichnam existiert, darf dieser nicht schutzlos bleiben und als beliebige Sache behandelt werden. Im Gegensatz zu den Vermögenswerten, die lediglich neuen Rechtssubjekten geregelt zugeordnet werden müssen, ist es geboten, dem Leichnam selbst ähnlich einem lebenden Menschen für eine gewisse Zeit als Rechtsträger von Persönlichkeitsrechten zu belassen, um der ihm geschuldeten Pietät und dem aus ihm hervorgehenden Achtungsanspruch gerecht werden zu können.

Selbstverständlich leitet sich der verblassende personale Rest aus dem Andenken an den Verstorbenen ab. Seine Lebensleistung und der Umstand, dass vom Leichnam meist bis zuletzt das Antlitz des Verstorbenen präsentiert (oder gar in einer Totenmaske erhalten) wird, verbieten es, dass der Leichnam als Sache einer anderen Person bzw. als herrenlos kategorisiert werden darf. Trotzdem ist der Leichnam eine Person sui generis, die sich aus der Personalität des Verstorbenen legitimiert und ableitet. Mit Blick auf die erweiterte Zustimmungslösung üben bei einer fehlenden Einwilligung des Verstorbenen die nächsten Angehörigen die Einwilligung für den Leichnam aus. Der Umstand, dass die Angehörigen ohne vorherige Vollmacht des Verstorbenen einer postmortalen Organspende zustimmen dürfen, spricht dafür, dass sie nicht für den Verstorbenen, sondern im Interesse des Leichnams agieren. Die Ausprägung der erweiterten Zustimmungslösung spricht daher eher gegen die Personeneigenschaft des Leichnams. Jedoch wird allgemein vertreten, dass im Falle einer zu Lebzeiten bestehenden Einwilligungsunfähigkeit die Angehörigen nach dem Tod über eine postmortale Organspende entscheiden dürfen. Wenn die Entscheidungsbefugnis sich exklusiv aus dem Selbstbestimmungsrecht des lebenden Spenders ableiten würde, wäre diese Praxis nicht verständlich. Konsequent ist das Recht der Angehörigen, über die Spendebereitschaft trotz einer zu Lebzeiten des Spenders bestehenden Einwilligungsunfähigkeit zu entscheiden dann, wenn dem Leichnam eine originäre Personalität zukommt.

3.5 Rechtsnatur der Entscheidung zugunsten einer postmortalen Organspende

3.5.1. (Keine) Willenserklärung?

Gegen die Kategorisierung als Willenserklärung und damit gegen die Einordnung unter die Regeln der Geschäftsfähigkeit nach §§ 104 ff BGB spricht, dass auf der Grundlage dieser Prämisse die Wirksamkeit vom Eintritt der Volljährigkeit des Einwilligenden abhängen würde. Jedoch ist eine Einwilligung in die postmortale Organspende bereits mit Vollendung des 16. Lebensjahres, ein Widerspruch bereits mit Vollendung des 14. Lebensjahres möglich (vgl. § 2 Abs. 2 S. 3 TPG).

3.5.2. (Kein) Realakt?

Ein Realakt ist eine Willensbetätigung, an die sich gesetzliche Rechtsfolgen knüpfen unabhängig vom Willen des Handelnden. Realakte sind keine Erklärungen, sondern rechtlich relevante Tathandlungen. Diese rechtliche Relevanz erfordert nur eine natürliche Einsichtsfähigkeit. Der Betreffende muss den natürlichen Willen haben, die betreffende Handlung vorzunehmen. Mit den vorstehend benannten Altersgrenzen hat der Gesetzgeber zu erkennen gegeben, dass er die Wirksamkeit der Einwilligung an die Erreichung eines Mindestalters knüpfen will. Damit setzt er mehr als die natürliche Handlungsfähigkeit voraus und verlangt vielmehr ein

gewisses Maß an Einsichtsfähigkeit, die mit dem Rechtcharakter als Realakt nicht vereinbar ist.

3.5.3. Geschäftsähnliche Handlung?

Überzeugend ist daher, die lebzeitige Entscheidung des Spenders als geschäftsähnliche Handlung zu kategorisieren. Darunter versteht man Erklärungen, die auf einen tatsächlichen Erfolg gerichtet sind und deren Rechtsfolgen kraft Gesetzes eintreten. Auf sie sind die Regeln über die Geschäftsfähigkeit analog anwendbar. Sie haben regelmäßig einen höchstpersönlichen Einschlag wie z.B. die Einwilligung in einen ärztlichen Heileingriff. Deren Wirksamkeit hängt nicht von Geschäftsfähigkeit ab. Vielmehr ist ohne starre Altersgrenze und individuell für jeden Einzelfall zu ermitteln, ob der Betroffene ein solches Maß an Verstandesreife besitzt, die es ihm ermöglicht, die Tragweite seiner Entscheidung zu überblicken. Es sind um so höheren Anforderungen stellen, je grösser die Tragweite der Entscheidung sein kann.

3.6 Altersgrenzen als gerechtfertigter Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht?

Beim ärztlichen Heileingriff lehnt es die höchstrichterliche Rechtsprechung ab, die Wirksamkeit der Einwilligung danach zu beurteilen, ob der Minderjährige ein bestimmtes Alter erreicht hat oder nicht. Begründet wird der Verzicht auf eine starre Altersgrenze damit, dass es dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht widerspräche, dem Minderjährigen pauschal und abstrakt-generell die Selbstbestimmungsfähigkeit abzusprechen, ohne diese im Einzelfall zu ermitteln. Eine solche Praxis käme einer wenn auch gut gemeinten Bevormundung gleich. Da jeder Fall anders gelagert ist, sei es sowieso kaum möglich, mit einer starren Altersgrenze allen denkbaren Konstellationen gerecht zu werden. Erhebliches Gewicht komme daher dem Reifegrad des Minderjährigen und der Tragweite des durchzuführenden ärztlichen Heileingriffes zu.

Jedoch ist es gerechtfertigt, in Bezug auf die postmortale Organspende nicht dieselben Maßstäbe wie beim ärztlichen Heileingriff anzuwenden. Für eine Mindestgrenze spricht bereits eine Betrachtung der betroffenen Interessen: Während ein ärztlicher Heileingriff ausschließlich dem Patientenwohl dient, wird eine Organspende allein fremdnützig vorgenommen. Auch wenn der fremdnützige medizinische Eingriff erst in einem Zeitpunkt erfolgt, in dem der Spender nicht mehr am Leben ist, so ändert dieser Umstand nichts daran, dass der Spender altruistisch agiert und ohne Gegenleistung Körpersubstanzen einer Person zur Verfügung stellt, von der er nur weiß, dass sie seine Spende dringend benötigt. Ein weiterer Unterschied ist, dass eine Einwilligung in eine postmortale Organspende abstrakt, also ohne Bezug zu einer konkret bevorstehenden Spendesituation erteilt wird. So liegt es regelmäßig dergestalt, dass gerade ein Minderjähriger, der auf eine individuell zugeschnittene Aufklärung angewiesen ist, die Folgen seiner Bereitschaft nicht

abzuschätzen vermag. Genauso wenig ist es mangels bestehender konkreter Beratungssituation so, dass die konkrete und einzelfallbezogene Einwilligungsfähigkeitsprüfung des Minderjährigen nicht stattfindet und daher die Wahl einer starren Altersgrenze gerechtfertigt erscheint, um sicherstellen zu können, dass von einer hinreichenden Verstandesreife sicher ausgegangen werden kann. Da bei der postmortalen Organspende nicht einzelfallbezogen die konkrete Einsichtsfähigkeit des Spenders überprüft werden kann, sind daher die Grundsätze in Bezug auf den ärztlichen Heileingriff nicht übertragbar.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die in § 2 Abs. 2 Satz 3 TPG genannten Altersgrenzen der Kontrolle des Spendeverfahrens dienen und die Stärkung des Vertrauens in die Transparenz des Verfahrens begünstigen. Von der dadurch erzeugten Rechtsklarheit profitiert nicht nur die beim Organspendeprozess beteiligte Ärzteschaft, sondern profitieren auch die nahen Angehörigen des Spenders, sofern sie dazu angehalten sind, zu entscheiden, ob postmortal Körpersubstanzen gespendet werden dürfen. Daher ist die Begrenzung des Selbstbestimmungsrechts, die mit den gesetzlich implementierten starren Altersgrenzen einhergeht, gerechtfertigt.

3.7 Bedingungsfeindlichkeit der Organspendeerklärung rechtfertigbar?

Weiterhin fragt sich, ob die Spendebereitschaft an Bedingungen geknüpft werden darf. Beispielsweise erteilt der Spender nur seine Einwilligung unter der Bedingung, dass die Organe einem bestimmten Personenkreis zugutekommen dürfen. Die Wirksamkeit der Spendeerklärung ist vom Eintritt einer aufschiebenden Bedingung gemäß § 158 Abs. 1 BGB abhängig. Aus der Entscheidung des Gesetzgebers, weitere als die in § 2 Abs. 2 S. 2 TPG vorgesehenen inhaltlichen Beschränkungsmöglichkeiten für eine Spendeerklärung nicht in das Gesetz aufzunehmen, kann nur geschlussfolgert werden, dass eine sonstige Modifizierung unzulässig ist. Das bedeutet, dass der Spender entweder sich nur insgesamt organspendebereit erklären kann, oder er beschränkt die Entnahmeerlaubnis auf bestimmte Organe oder andere Körpersubstanzen. Andere Beschränkungen sind hingegen unzulässig.

Klärungsbedürftig ist, ob diese Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts gerechtfertigt ist. Aufgrund der sehr kurzen Ischämiezeiten der einzelnen Spendeorgane funktioniert das sehr kompliziert ineinandergreifende, durch Euronext zwischen Entnahme- und Verpflanzungsklinik koordinierte Prozedere nur dann, wenn auf weitere Modifikationen verzichtet wird, d.h. das Verfahren wird schon dadurch kompliziert, dass nicht nur die Ischämiezeiten zu beachten sind, sondern die Organverteilung nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht erfolgt. Wären noch weitere als die gesetzlich benannten Restriktionen zu beachten, würden durch das Selbstbestimmungsrecht gedeckte Sonderwahlmöglichkeiten die Erfolgsaussichten der durchzuführenden Organspende zumindest in Einzelfällen stark gefährden. Vor diesem Hintergrund ist die gesetzliche Beschränkung auf bestimmte inhaltli-

che Vorgaben durch den Gesetzgeber und damit die Begrenzung des Selbstbestimmungsrechts gerechtfertigt.

3.8 Organhandelsverbot nach § 17 TPG

Ferner ist zu hinterfragen, ob die durch § 17 TPG gesetzlich implementierte Restriktion des Selbstbestimmungsrechts gerechtfertigt ist. In den Gesetzesmaterialien (BT-Drs. 17/7376) heißt es:

„[…] Schutzobjekt ist […] auch die durch Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde, die über den Tod hinaus Schutzwirkung entfaltet. Die Garantie der Menschenwürde wird verletzt, wenn der Mensch bzw. seine sterblichen Überreste zum Objekt finanzieller Interessen werden. Sowohl der Verkauf von Organen als auch Organspenden gegen Entgelt sind daher mit der Schutzgarantie des Art. 1 abs. 1 GG nicht vereinbar".

Eine vertragliche Verpflichtung, als Gegenleistung zu einer Organspende einen finanziellen Obolus entrichten zu müssen, wäre daher gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 1 TPG i.V.m. § 134 BGB nichtig. Der Verkauf von Organen verletzt danach das in der Menschenwürde liegende Verbot, den Körper für Zwecke zu nutzen, die außerhalb seiner selbst liegen. Ansonsten wird der menschliche Körper zum Handelsobjekt degradiert.

Fraglich ist, ob ein finanzieller Anreiz für die Organspende tatsächlich einen Menschenwürdeverstoß implizieren würde. Der Umstand, dass ein Kommerzialisierungsverbot existiert, bestätigt, dass der Leichnam dem Schutzzweck von Art. 1 Abs. 1 GG unterstellt ist. Auch wenn eine entsprechende Vereinbarung zu Lebzeiten abgeschlossen wird, würde doch die Entnahme erst nach dem Tod erfolgen. Wenn somit der Menschenwürdegehalt des Art. 1 Abs. 1 GG betroffen ist, so setzt das voraus, dass dem Leichnam Menschenwürde zukommt. Das ist aber nur der Fall, wenn dieser zumindest einen Rest an personaler Würde für sich reklamieren kann.

Ferner wirft diese Konstellation die Frage auf, ob bei einer Einwilligung überhaupt ein Menschenwürdeverstoß denkbar ist. Diese Frage ist zu bejahen. In den Fällen, in denen der Mensch zum bloßen Objekt degradiert wird, vermag auch die Einwilligung des Betroffenen an dem einmal festgestellten Menschenwürdewidrigkeitsurteil nichts zu ändern. Beispielsweise wurde im sog. „Zwergenweitwurf-Fall" ein Würdeverstoß im Zusammenhang mit einer fragwürdigen Attraktion trotz entsprechender Einwilligung der Protagonisten bejaht, in der Kleinwüchsige sich gegen ein Entgelt dazu zur Verfügung stellten, möglichst weit als Wurfgeschoss missbraucht zu werden. Die Frage, ob ein Würdeverstoß angenommen werden darf, hängt somit nicht entscheidend davon ab, ob der Betroffene in den Eingriff einwilligte oder nicht, sondern vielmehr, ob mit der Organspende gegen Entgelt der menschliche Körper zum bloßen Objekt degradiert wird oder ob damit noch andere zulässige Zwecke verfolgt werden. Zu beachten ist, dass die Menschenwürdewidrigkeit auf Extremfälle zu beschränken ist. Das liegt daran, dass jeder Ein-

griff in den Schutzbereich der Menschenwürdegarantie als nicht rechtfertigbarer Grundrechtsverstoß zu qualifizieren ist. Die Ansicht, die dem Leichnam einen Würdeanspruch aberkennt, ihm also nur ein postmortales Persönlichkeitsrecht zuerkennen will, vermag das gesetzliche Kommerzialisierungsverbot deshalb nicht zu rechtfertigen. Aber auch jene Ansicht, die in Bezug auf den Schutz des Leichnams auf Art. 1 GG rekurriert, kann die Existenz von § 17 TPG nicht unbedingt erklären. Insofern ist die fehlende Lebensdimension und der verblassende Charakter von Art. 1 GG in Bezug auf den Leichnam zu berücksichtigen.

Es wäre denkbar, dass der Gesetzgeber § 17 TPG ersatzlos streicht. Das gilt um so mehr, als Zuwendungen bereits jetzt schon geleistet werden dürfen. Immerhin werden mit finanziellen Zuwendungen auch Anreize dafür geschaffen, Menschenleben zu retten. Problematisch ist die Streichung von § 17 TPG jedoch deswegen, weil gerade Menschen in ökonomischen Schwierigkeiten zu einem Schritt verleitet werden könnten, den sie eigentlich gar nicht beschreiten wollen. Wenn die finanzielle Zuwendung zum einzigen Motivator wird, dann ist die Streichung von § 17 TPG mit Blick auf das gefährdete Recht auf Selbstbestimmung problematisch. Da aber der Körper erst nach dem Tod zum Organlieferanten wird, erscheint eine Beschränkung des Organhandelsverbots auf die Lebendspende gerechtfertigt. Dadurch könnte auch dem Organmangel wirksam entgegengewirkt werden. Zu beachten ist, dass ja auch jetzt schon die Blutspende gegen Entgelt erlaubt ist. Gerechtfertigt wird die Zulässigkeit damit, dass es sich beim Blut um regenerierbare körperliche Substanzen handele. Das ist jedoch mit Blick auf eine mögliche Menschenwürdeverletzung kein Argument. Wenn man die Spende als eine unzulässige Verobjektivierung ansieht, so ist nicht nachvollziehbar, warum die Regenerierbarkeit am Menschenwürdeurteil etwas ändern soll. Im Gegenteil erscheint der Umstand, dass sich Blut erneuert, den Eindruck der Verobjektivierung zu verstärken. Weil Blut die Eigenschaft hat, sich zu erneuern, ist zumindest ein wiederholtes, jedoch durch den sich verschlechternden Allgemeinzustand des potentiellen Blutspenders offenkundig werdendes Ausbeutungspotential gegeben. Nicht nachvollziehbar erscheint jedoch, warum gerade das dafür gewährte Entgelt die Menschwürdewidrigkeit begründen soll.

Man könnte auch argumentieren, dass diese Annahme gerechtfertigt ist (oder auch nicht), aber der Entgeltcharakter nichts an dem gewonnenen Urteil zu ändern vermag. Jedoch ist eine Situation, in der das in Aussicht gestellte Entgelt die einzige Triebfeder der Organspende ist und in die Organspende allein deswegen eingewilligt wird, um den Hinterbliebenen einen finanziellen Vorteil zu verschaffen, problematisch. Ein Vorteil allein erscheint weniger problematisch zu sein, als wenn die pekuniäre Übermacht dazu missbraucht wird, bevorzugt Organe zu erlangen. Diese Argumente sind jedoch mit Blick auf eine postmortale Organspende schwach, da das Entgelt allenfalls indirekt dem Organspender nützt. Der Grad der Abhängigkeit ist daher eher klein, da der Fürsorgedanke im Vordergrund stehen dürfte, wenn die Zuwendung nicht den Spender, sondern Dritten zugutekommt. Zudem könnte man einen pauschalen Betrag den Nachkommen des Spenders über

die Krankenkasse zuwenden, ohne Gefahr laufen zu müssen, dass der wirtschaftlich Stärkere durch seine Machtstellung bevorzugt Organe erhält. Das Organverteilungsverfahren garantiert, dass Spender und Empfänger anonym bleiben. Durch die Zuwendung könnte das Spendeaufkommen erhöht werden, ohne dass eine Machtstellung ausgenutzt werden könnte. Daher erscheint ein Handelsverbot mit Blick auf die postmortale Organspende nicht zwingend, ohne sich den Vorwurf aussetzen zu müssen, auf diese Weise Würdeverletzungen zu begünstigen.

4. Zusammenfassung

(1) Die Zustimmung der Angehörigen in Bezug auf die Organspende post mortem ist als eigenständig zu qualifizieren, wenngleich sie im wohlverstandenen Interesse des Verstorbenen zu erfolgen hat.
(2) Das postmortale Persönlichkeitsrecht leitet sich aus dem Menschenwürdeschutz von Art. 1 Abs. 1 GG ab. Es entspringt zwar aus Art. 1 GG, ist aber einschränkbar.
(3) Der Leichnam ist zumindest im Zeitpunkt der postmortalen Organspende keine Sache und Träger von Rechten und Pflichten. Er genießt den Schutz des postmortalen Persönlichkeitsrechts.
(4) Die zu Lebzeiten erfolgte Entscheidung des Organspenders ist als geschäftsähnliche Handlung zu kategorisieren.
(5) Die Begrenzung des Selbstbestimmungsrechts mit Blick auf das Mindestalterkriterium ist gerechtfertigt.
(6) Ferner ist die Begrenzung des Selbstbestimmungsrechts mit Blick darauf, dass die Organe nur einem bestimmten Personenkreis zur Verfügung gestellt werden dürfen, gerechtfertigt.
(7) Das Organhandelsverbot nach Art. 17 TPG erscheint nicht zwingend. Es wäre zu begrüßen, wenn der Gesetzgeber diese Restriktion de lege ferenda ersatzlos streichen würde.

Literaturverzeichnis

Deutsch, Erwin: Schutzbereich und Tatbestand des Heileingriffs im Zivilrecht, NJW 1965, 1985-1992.

Ehlers, Alexander: Die Sektion zwischen individuell erklärter Einwilligung und allgemeinen Geschäftsbedingungen in Krankenhausaufnahmeverträgen, MedR 1991, 227-230.

Jansen, Norbert: Die Blutspende aus zivilrechtlicher Sicht, Bochum 1978.

Kern, Bernd-Rüdiger: Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe, NJW 1994, 753-759.

Körtner, Ulrich H. J. / Kopetzki, Christian / Müller, Sigrid (Hrsg.), Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion, Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 12, Wien 2016.

Laufs, Adolf / Reiling, Emil: Schmerzensgeld wegen schuldhafter Vernichtung deponierten Spermas, NJW 1994, 775-778.

Lemke, Michael: Stand der Diskussion zum Entwurf eines Transplantationsgesetzes – Eine rechtspolitische Bestandsaufnahme, MedR 1991, 281-289.

Nickel, Christoph: Verfassungsrechtliche Probleme der Transplantationsgesetzgebung am Beispiel des Gesetzesbeschlusses des rheinland-pfälzischen Landtags, MedR 1995, 139-147.

Papst, Heinz-Joachim: Der postmortale Persönlichkeitsschutz in der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, NJW 2002, 999-1008.

Pluisch, Frank / Heifer, Ulrich: Die rechtliche Zulässigkeit von Leichenversuchen, NJW 1994, 2377-2381.

Rothe, Matthias: Anmerkung zu BGH, Urteil vom 9.11.1993, JZ 1994, 465-468.

Schack, Heimo: Das Persönlichkeitsrecht der Urheber und ausübender Künstler nach dem Tode, GRUR 1985, 352-361.

ders.: Weiterleben nach dem Tode – juristisch betrachtet, JZ 1989, 609-615.

Schmidt-Didczuhn, Andrea: Transplantationsmedizin in Ost und West im Spiegel des Grundgesetzes, ZRP 1991, 264-270.

Soehring, Jörg: Die neue Rechtsprechung zum Presserecht, NJW 1994, 16-22.

Stoecker, Ralf: Der Hirntod. Ein medizinisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, Habil. Schrift., Freiburg i. B. 2010.

Taupitz, Jochen: Der deliktische Schutz des menschlichen Körpers und seiner Teile, NJW 1995, 745-752.

ders.: Privatrechtliche Rechtspositionen um die Genomanalyse, Eigentum, Persönlichkeit, Leistung, JZ 1992, 1089-1099.

Schlusswort: Von thematischen Facetten zum „verfassten Imperativ“

Prof. Dr. med. Christoph Viebahn

1. Entfaltung des Persönlichkeitsrechts

Wenn nach der „monströsen Unvernunft“ der totalitären Barbareien des 20. Jahrhunderts die Würde des Menschen in Deutschland den obersten Verfassungsrang einnimmt (Pollmann 2010), ist der Imperativ für das hier und heute bei der Menschenwürde (s. Duttge in diesem Band) die direkte Fortsetzung einer zentralen Idee der Gründungsväter des deutschen Grundgesetzes. In ähnlichem Maße war das Angebot einer parallelen Ausleuchtung verschiedenster Facetten des Würdebegriffs bei Verstorbenen aller Altersstufen auf großen Zuspruch bei den Vortragenden (und Autoren dieses Bandes) und Diskutanten des 2. Symposiums für Medizinrecht gestoßen, das am 24.6.2016 in Göttingen stattfand. Damit erfüllt sich im besten Sinne und geradezu wie von selbst der Charakter des verfassten Staates, der es offensichtlich „nötig“ hatte, die Würde des Menschen als Bedingung und Auftrag in den Artikel 1 seines Grundgesetzes, sozusagen in sein Stammbuch, geschrieben zu bekommen: Wir (er)leben den Imperativ des Artikels 1 und nehmen den Auftrag an, uns um die Verantwortung bei der Menschenwürde zu kümmern, sie bei Bedarf auch an prominenter Stelle zu übernehmen.

Das Symposium unternahm damit als ersten Schritt, die eingangs erwähnten thematischen Facetten zu beschreiben, um dann den Rahmen stecken zu können für aktuelle Möglichkeiten und deren Schutz mit dem Ziel des würdevollen Um-

ganges mit dem, was uns am nächsten steht, unserem eigenen Tod und dem Tod unserer nächsten Verwandten und Bekannten. Die meist paarweise Mischung aus geisteswissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Betrachtungen desselben Themas innerhalb eines der 4 Kapitel des Symposiums zeigte denn auch den Weg auf, wie der Gesetzgeber oder die „Wertegemeinschaft“ einer freien Rechtsordnung im Wettstreit der Ideen die sich allmählich ändernde Sicht auf den Tod als Teil der freien Entfaltung des Persönlichkeitsrechts definiert und dennoch behutsam leitet; damit sollten Exzesse und überschießende Entwicklungen vermieden werden können, die dem scheinbaren Trend einer sich immer schneller ändernden Gesellschaft (vergl. Virchow 1892) entsprechen. Die Besinnung auf das eigene Sterben und die Rücksicht auf alternative Vorstellungen unseres Nachbarn, die Möglichkeiten und Begrenzungen bei der Bestimmung über den eigenen Leichnam und die Notwendigkeit, Entscheidungen auf diesem Gebiet in Gesetze zu fassen und gegebenenfalls für andere zu fällen, zwingen dabei geradezu auf den Weg der in jüngster Zeit viel diskutierten Entschleunigung (s. Rosa, 2011), um zu befriedigenden Lösungen zu kommen. Seit der Homo sapiens seine Toten beerdigt, steckt so die Menschenwürde zugleich in Subjekt, Objekt und Methode der geistigen Betätigung des Menschen, und sie scheint sogar geeignet, durch die Notwendigkeit, Maß zu halten, also durch ihre „Maßgabe“ Halt und Sicherheit zu spenden.

2. Verantwortung des Staates

Der Diskurs des Symposiums hat eindrucksvoll verdeutlicht, wie durch den technischen Fortschritt und die Liberalität der modernen Gesellschaft der Umgang mit dem Tod in verschiedenen Lebensaltern zunehmend individueller, facettenreicher, aber auch unsicherer (s. Berger, 2017 zum Kabinettsbeschluss der niedersächsischen Regierung zur neuerlichen Änderung im Bestattungsgesetz) und rechtlich zunehmend schwieriger zu fassen ist. Es stellt sich die Frage, ob hier eher der Gesetzgeber oder die biomedizinische Forschung (im Zweifel der Arzt) eingreifen muss, um vor Missbrauch zu schützen oder aber auch Freiheit zu gewähren. Die Beleuchtung der Vergangenheit im Umgang mit dem Leichnam (s. Schott in diesem Band) hilft zweifelsohne, gerade im direkten Meinungsaustausch über die beschriebenen rechtlichen Unsicherheiten und über die heute gelebten Umgangsformen mit dem toten Menschen der Verantwortung des Staates eine verlässliche Perspektive zu bieten. Und sie erleichtert die Definition, wie der Staat – jenseits der individuellen Auffassung über den Tod als Erfüllung oder Übel, Nutzen oder sinnloses Ende – im Sinne des ursprünglichen menschentypischen Bedürfnisses im Umgang mit dem Leichnam Verantwortung übernehmen oder zumindest den Rahmen dafür schaffen kann, in dem jeder Schutz und Grenzen der individuellen Ausgestaltung dieses Bedürfnisses findet. Schließlich ist jedoch erneut die Überzeugung des Einzelnen gefragt, die Verantwortung für sein eigenes Handeln zu übernehmen oder aber den Staat aufzufordern, hier Orientierung zu geben.

3. Würde in der Vernunftgeschichte der Menschheit

Der spontane und geradezu überwältigende Zuspruch der Medizinstudierenden bei den Trauerfeiern für Körperspender in Deutschland (Pabst et al., 2017) zeugt vom ungebrochenen Interesse bei nachwachsenden Verantwortungsträgern im Gesundheitssystem am würdevollen Umgang mit den Toten, gerade auch in der Ausnahmesituationen der Körperspende; dies stiftet Hoffnung, dass trotz des sich weiter differenzierenden Selbstverständnisses der modernen Gesellschaft ein Konsens zumindest gesucht wird. Eine weitere Entwicklung, die zuversichtlich stimmt, sind die Gewaltenteilung der freien demokratischen Gesellschaft und die repräsentative Gesetzgebung (z.B. bei den Neufassungen der Bestattungsgesetze der bundesrepublikanischen Länder in der jüngsten Vergangenheit), die dem offenkundigen Wertewandel folgt und versucht, den schmalen Grat zwischen Dogmatik und Beliebigkeit zu beschreiten. Gemeinsam ist allen Anstrengungen, die anscheinend allmählich und langfristig pulsierend sich ändernde (s. Schott in diesem Band), geradezu „atmende“ und deshalb empfindliche und gefährdete Verbindung zwischen der Würde des Lebenden und der Würde des Toten (s. Mephisto-Entscheidung des BVerfG 1971, E 30, 173 ff.) zu erhalten und weiterzuentwickeln. Untrennbarer Bestandteil dieser Diskussion und dabei möglicherweise hilfreich wird in Zukunft auch die Betrachtung der Würde am Beginn des menschlichen Lebens unter den vielfältigen technischen Bedingungen und Möglichkeiten sein (s. Damschen und Schönecker, 2003). Der „verfasste Imperativ“ der Bundesrepublik Deutschland wird also fortleben, geradezu angetrieben durch die Findigkeit des menschlichen Geistes beim technologischen Fortschritt, und es wird sich zeigen, ob er eine Zäsur, einen Wendepunkt oder gar ein neues, Gemeinschaft stiftendes Element in der Vernunftgeschichte des Menschen markiert. Auf der persönlichen Ebene scheint die Beschäftigung mit dem Tod und der eigenen Sterblichkeit auch scharfsinnige Skeptiker an die Grenzen der Wissenschaft und zu manchen Einsichten, die über die Weisheit des Menschen hinausgehen (1. Kor 1:23 „Wir aber predigen den gekreuzigten Christus, ... den Griechen eine Torheit;“), zumindest aber zur Bewunderung dieser übermenschlichen Weisheit zu führen (Schöne, 2005).

Literaturverzeichnis

Berger MB (2017) Totenasche darf weiterhin nicht verstreut werden. Göttinger Tageblatt vom 5.7.2017 (http://www.goettinger-tageblatt.de/Welt/Politik/Niedersachsen/Totenasche-darf-in-Niedersachsen-weiterhin-nicht-verstreut-werden).

Damschen G und Schönecker D (2003) Der moralische Status menschlicher Embryonen. De Gruyter, Berlin.

Pabst R, Schmiedl A, Schrieber S, Tschernig T, Pabst VC (2017) Ceremonies of gratitude following the dissection course: A report on procedures in departments of anatomy in German speaking countries. Ann Anat 210: 18-24.

Pollmann A (2010) Menschenwürde nach der Barbarei. Zu den Folgen eines gewaltsamen Umbruchs in der Geschichte der Menschenrechte. In: Debus et al. (Hrsg.) Zeitschr f Menschenrechte 1: 26-45.

Rosa H (2011) Dynamisierung und Erstarrung in der modernen Gesellschaft – Das Beschleunigungsphänomen. In: Oehler J (Hrsg) Der Mensch – Evolution, Natur und Kultur. Springer, Berlin. S. 285-302.

Schöne A (2005) Schillers Schädel. Beck, München. S. 55 ff.

Virchow R (1892) Lernen und Forschen. Rede beim Antritt des Rectorats an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Hirschwald, Berlin.

Autorenverzeichnis

Duttge, Gunnar, Professor Dr. jur., Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen (Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht) und Göttinger Zentrum für Medizinrecht. Forschungsschwerpunkte: Grundlagen des Strafrechts (Zurechnung, Fahrlässigkeit, Unterlassen, Eigentums- und Vermögensdelikte), Strafprozessrecht (insbes. sog. Absprachen), medizinrechtliche und bioethische Fragestellungen (u.a. Embryonenforschung, Gendiagnostik, sog. Recht auf Nichtwissen, Organtransplantation, Sterbehilfe).

Madea, Burkhard, Professor Dr. med., Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Direktor des Institutes für Rechtsmedizin).

Preuß, Dirk, Dr. rer. nat. Dr. phil., Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover (Institut für Tierhygiene, Tierschutz und Nutztierethologie). Forschungsschwerpunkte: Ethische Fragen im Kontext der Trauer- und Bestattungskultur, Tierethik und Wissenschaftsgeschichte.

Schmiedl, Andreas, Professor (apl), Dr. med. Dr. rer. nat., Institut für Funktionelle und Angewandte Anatomie, Prosektur, Medizinische Hochschule Hannover (MHH).

Schott, Heinz, Professor Dr. med. Dr.phil., Leiter des Medizinhistorischen Instituts der Universität Bonn von 1987 bis 2016. Forschungsschwerpunkte: Geschichte der Psychiatrie (einschließlich Psychotherapie und Psychoanalyse), Medizinische Anthropologie in historischer Perspektive, Medizin und Naturforschung der frühen Neuzeit.

Stechmann, Annette, Diplom-Theologin und Pastoralreferentin, Katholische Klinikseelsorge an der Universitätsmedizin Göttingen. Forschungsschwerpunkt: Pastoraltheologie, Spiritualität in der Medizin.

Thier, Markus, Dr. iur, Lehrbeauftragter und Habilitand an der Universität Zürich. Angestellter Rechtsanwalt in St. Gallen im Wirtschafts- und Strafrecht.

Viebahn, Christoph, Professor Dr. med., Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen (Institut für Anatomie und Embryologie) und Zentrum für Medizinrecht der Universität Göttingen. Forschungsschwerpunkte: Vergleichende frühembryonale Entwicklung der Säugetiere und des Menschen (Bildungsmechanismen der Körperachsen, der Rechts-links-Differenzierung und der Keimbahn), embryologische Grundlagen der biomedizinischen Ethik..

Weilert, A. Katarina, Dr. iur., LL.M. (London), Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST), Institut für interdisziplinäre Forschung, Arbeitsbereich Religion, Recht und Kultur. Forschungsschwerpunkte neben anderen: Schnittpunkte von Gesundheitsrecht und Medizinethik im nationalen, europäischen und völkerrechtlichen Kontext.

Winkelmann, Andreas, Professor Dr. med., Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane, Institut für Anatomie. Ausbildung in Humanmedizin und Medical Anthropology. Forschungsschwerpunkte: Ethik und Geschichte der Anatomie, Provenienzforschung zu Human Remains in kolonialen Sammlungen, Ausbildungsforschung. Derzeit Vorsitzender des Federative International Committee on Ethics and Medical Humanities der IFAA (International Federation of Associations of Anatomists).

Während früheren Generationen der Umgang mit den sterblichen Überresten als essentieller Bestandteil ihrer jeweiligen Kultur weithin vorgegeben war, ist der Bedeutungsgehalt des Gebots zur Achtung von „Würde“ und „Pietät“ heute mehr denn je unklar geworden. Der moderne Pluralismus lässt Verhaltensvorgaben etwa bei der Bestattung, der Obduktion oder der Verwendung von Körperteilen zu Transplantations-, wissenschaftlichen oder Lehrzwecken fragwürdig erscheinen, wenn dies nicht durch das „Selbstbestimmungsrecht“ des Einzelnen legitimiert worden ist. Zugleich erscheint der „informed consent“ als Passepartout für jeden beliebigen Umgang mit Leichnamen, mag er wie bei einer kommerziell geprägten öffentlichen Zurschaustellung gesamtgesellschaftlich auch noch so kontrovers sein. Der interdisziplinäre, aus dem 2. Göttinger Symposium des Zentrums für Medizinrecht hervorgegangene Band behandelt das weite Themenfeld des „richtigen“ Umgangs mit dem Leichnam aus Sicht von Theologie und Medizinphilosophie, von Medizinrecht, Anatomie und Rechtsmedizin.



ISBN: 978-3-86395-323-2
eISSN: 2512-689X

Universitätsverlag Göttingen